Puis. . . La porte s'est ouverte

Problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés

BIBLIOTHÈQUE
SECRÉTARIAT D'ÉTAT DU CANADA
FEB 2 7 1989
LIBRARY
DEPARTMENT OF THE SECRETARY
OF STATE OF CANADA

Rapport du Groupe
chargé d'étudier
les problèmes de santé mentale
des immigrants et des réfugiés
au Canada

1988

Données de catalogage avant publication (Canada)

Groupe chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés au Canada.

Puis... la porte s'est ouverte : problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés : rapport du Groupe chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés au Canada.

Publié aussi en anglais sous le titre : After the door has been opened.
Publié en collaboration avec Santé et Bien-être social Canada.
Bibliogr. : p.
ISBN : 0-662-95213-8

1. Immigrants — Santé mentale — Canada.
2. Immigrants — Santé mentale, Services de — Canada.
3. Réfugiés — Santé mentale — Canada.
4. Réfugiés — Santé mentale, Services de — Canada.
5. Santé mentale — Politique gouvernementale — Canada.
I. Canada. Multiculturalisme. II. Canada. Santé et Bien-être social Canada. III. Titre. IV. Titre : Problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés.

RC451.4.E45C3614 1988 362.84 C89-099405-6

Table des matières

Lettre d'introduction
Membres du Groupe de travail
Sommaire administratif

Première partie : Introduction 1

Partie II : Prévention 11

Chapitre 1. Attitudes de la société canadienne 13
Chapitre 2. Établissement et soutien social 19
Chapitre 3. Apprentissage des langues officielles 29
Chapitre 4. Emploi 35

Partie III : Mesures correctives 43

Chapitre 5. Le système officiel de soins de santé mentale 45
Chapitre 6. Les soins de santé mentale hors du réseau officiel 57
Chapitre 7. Formation des dispensateurs de services 65
Chapitre 8. Les praticiens issus de groupes ethniques 71

Partie IV : Besoins spéciaux 77

Chapitre 9. Les enfants et les jeunes 79
Chapitre 10. Les femmes 87
Chapitre 11. Les personnes âgées 93
Chapitre 12. Les personnes atteintes de stress aigu 99

Partie V : Conclusions et recommandations 103

Annexes :

Annexe un : Glossaire 111
Annexe deux : Mémoires 115
Annexe trois : Témoignages verbaux 119
Annexe quatre : Autres sources consultées 123
Annexe cinq : Ouvrages cités 125

Figures et tableaux

À moins d'indications contraires, toutes les figures illustrent des statistiques d'Emploi et Immigration Canada. Le Groupe de travail tient à remercier le personnel de ce ministère de son aide généreuse.

Figure	0.1	Distribution des immigrants par catégorie d'immigration : Canada 1978–1987	5
Figure	0.2	Pourcentage de la population née au Canada et née à l'étranger par rapport à la population totale par période de recensement : Canada 1861–1981	7
Figure	0.3	Lieux d'origine par année d'obtention du droit d'établissement : Canada 1956–1986	8
Figure	2.1	Distribution des immigrants de 20 ans et plus selon leur état civil : Canada 1978–1987	20
Tableau	2.1	Appui financier accordé aux services d'aide aux immigrants par les cinq provinces qui admettent le plus d'immigrants : Canada 1986	25
Figure	3.1	Pourcentage des immigrants et immigrantes de chaque catégorie d'immigration qui ne parlent ni l'anglais ni le français : Canada 1978–1987	30
Figure	4.1	Années de scolarité des immigrants de 25 ans et plus selon l'année d'obtention du droit d'établissement : Canada 1978–1987	38
Figure	8.1	Classification du total des immigrants et classification des immigrants dans les professions de la santé et de domaines connexes par lieu d'origine : Canada 1978–1987	73
Figure	9.1	Immigrants de 0 à 19 ans par année d'obtention du droit d'établissement : Canada 1978–1987	80
Figure	9.2	Classification des immigrants de 0 à 19 ans par groupe d'âge et catégorie : Canada 1978–1987	81
Figure	10.1	Classification des immigrants par grandes catégories socio-professionnelles et par sexe : Canada 1978–1987	88
Figure	10.2	Pourcentage des immigrants et immigrantes appartenant aux groupes d'âge adulte qui ne parlent ni l'anglais ni le français : Canada 1978–1987	89
Figure	11.1	Nombre moyen d'années de scolarité des immigrants et immigrantes d'âge adulte : Canada 1978–1987	94
Figure	11.2	Pourcentage des immigrants et immigrantes appartenant aux groupes d'âge adulte qui ne sont pas mariés : Canada 1978–1987	95
Tableau	12.1	Utilisation relative des services communautaires de soins de santé mentale par des groupes ethnoculturels sélectionnés : Vancouver 1987	100

CANADIAN TASK FORCE ON MENTAL HEALTH ISSUES AFFECTING IMMIGRANTS AND REFUGEES

The University of British Columbia
2255 Wesbrook Mall
Vancouver, B.C.
V6T 2A1
(604) 228-7340

L'honorable Gerry Weiner
Ministre d'État au
Multiculturalisme
Chambre des communes
Ottawa (Ontario)

L'honorable Jake Epp
Ministre de la Santé nationale
et du Bien-être social
Chambre des communes
Ottawa (Ontario)

le 1er mai 1988

Messieurs les Ministres,

Nous sommes heureux de vous présenter le rapport du Groupe canadien chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés.

Conformément à notre mandat, nous avons examiné et évalué les résultats de recherches menées dans divers pays sur la question ainsi que des rapports inédits de groupes canadiens; entendu des communications et reçu des mémoires d'organismes de service, de groupes ethniques ainsi que d'établissements de formation des quatre coins du Canada; et fait des recommendations en vue de l'élaboration de méthodes exhaustives, efficaces et humaines applicables à la satisfaction des besoins des nouveaux arrivants.

Le Groupe tient à remercier Mme Merry Wood, coordonnatrice de la recherche, pour son aide inestimable, ainsi que Mmes Susan Johnston et Jeannine Hurd, le département de psychiatrie de l'Université de la Colombie-Britannique et l'Association canadienne pour la santé mentale. C'est grâce au concours de ces personnes et organismes que le projet a pu être mené à bien. Et surtout, nos remerciements les plus sincères aux centaines de personnes, d'organismes et de groupements qui nous ont fait part de leurs connaissances et expérience.

Le Canada continue d'accueillir des immigrants et des réfugiés, d'une part pour atteindre les objectifs nationaux qu'il s'est donnés à cet égard et, d'autre part, pour des raisons humanitaires. En tant que société compatissante, il nous faut accepter que nos responsabilités ne s'arrêtent pas à l'admission de nouveaux citoyens. Le rapport ci-annexé décrit de quelle façon nous pouvons assurer l'équilibre mental des nouveaux arrivants et partant, permettre à ceux-ci de devenir des membres sains et actifs de la société canadienne.

Je vous prie d'agréer, Messieurs les Ministres, l'assurance de ma très haute considération.

Le président,

Morton Beiser M.D.

Sponsored by: Secretary of State-Multiculturalism and Health and Welfare Canada
in association with the Canadian Mental Health Association

Groupe de travail sur la santé mentale

Présidence :

Morton Beiser, M.D.
Professor of Psychiatry
University of British Columbia
2255 Wesbrook Mall
Vancouver (Colombie-Britannique)
V6T 2A1

Coordonnateur de la Recherche :

Merry Wood, Ph.D.
Research Coordinator
University of British Columbia
2255 Wesbrook Mall
Vancouver (Colombie-Britannique)
V6T 2A1

Membres :

Carmelina Barwick, B.Sc.N.
Senior Mental Health Consultant
Social and Community
Psychiatry Section
Clarke Institute of Psychiatry
250 College Street
TORONTO (Ontario)
M5T 1R8

John Berry, Ph.D.
Psychology Department
Queen's University
Humphrey Hall
KINGSTON (Ontario)
K7L 3N6

Granville daCosta, M.D.
Child and Family Studies Centre
Clarke Institute of Psychiatry
250 College Street
TORONTO (Ontario)
M5T 1R8

Winifred Milne, M.S.W.
Director
Department of Social Work
Nova Scotia Hospital
P.O. Drawer 1004
DARTMOUTH (Nouvelle-Écosse)
B2Y 3Z9

Anna Maria Fantino, M.Ed.
Immigration
and Settlement Services
Catholic Social Services
2nd Floor
10420 - 107th Avenue
EDMONTON (Alberta)
T5H 0W1

Soma Ganesan, M.D.
Department of Psychiatry
University of British Columbia
2255 Wesbrook Mall
VANCOUVER
(Colombie-Britannique)
V6T 2A1

Christina Lee, Ed.D.
Ontario Women's Institute
2nd Floor
480 University Avenue
TORONTO (Ontario)
M5G 1V2

Michel Tousignant, Ph.D.
Directeur
Laboratoire de recherche en
écologie humaine et sociale
Université du Québec à Montréal
MONTRÉAL (Québec)
H3C 3P8

Josephine Naidoo, Ph.D.
Department of Psychology
Wilfrid Laurier University
75 University Avenue West
WATERLOO (Ontario)
N2L 3C5

Dr Raymond Prince
Département de psychiatrie
Université McGill
1033, avenue des Pins ouest
MONTRÉAL (Québec)
H3A 1A1

Ernesto Vela, M.Sc.
Health Services Centre
Section of Behavioural Sciences
Department of Psychiatry
University of Manitoba
770 Bannatyne Avenue
WINNIPEG (Manitoba)
R3E 0W3

Sommaire administratif

Rapport du Groupe chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés au Canada

Le Groupe de travail, composé de 12 membres, a été formé par Santé et Bien-être social Canada et le Secrétariat d'État, Multiculturalisme, avec le mandat d'identifier les facteurs qui influent sur la santé mentale des immigrants et des réfugiés et de faire des recommandations à cet égard. Le Groupe de travail a achevé son travail en deux ans, après avoir étudié les documents de référence pertinents, invité divers organismes et particuliers à présenter des mémoires et faire des exposés et enfin, préparé un rapport final, dont les recommandations sont énumérées dans les pages qui suivent.

Le Groupe de travail a conclu que, malgré le fait que changer de pays et de culture engendre inévitablement le stress, cela ne met pas nécessairement en danger la santé mentale. On s'inquiète de la santé mentale des immigrants et des réfugiés surtout lorsque des facteurs de risque supplémentaires viennent se greffer au stress de la migration.

Au Canada, les attitudes négatives du public, la séparation de la famille et de la communauté, l'incapacité de parler l'une des deux langues officielles et l'impossibilité de trouver un emploi convenable représentent les variables explicatives les plus sûres des troubles émotifs chez les migrants. En outre, les adolescents, les personnes âgées et les femmes issues de cultures traditionnelles qui immigrent sont plus susceptibles d'éprouver des difficultés au moment de l'établissement.

Le Canada est en mesure d'exercer un contrôle considérable sur les forces qui accroissent les risques de désordres mentaux, en procurant «l'once de prévention» requise pour assurer que la plupart des nouveaux arrivants auront autant de chances que les Canadiens d'origine de se maintenir en bonne santé mentale malgré le stress de la migration.

Le Groupe de travail recommande que :

1. La CEIC (Commission de l'Emploi et de l'Immigration) élabore, en collaboration avec les organismes de services aux immigrants et les associations ethnoculturelles, une série de programmes multilingues d'orientation prémigratoire et les offre dans les camps de réfugiés et les ambassades du Canada à l'étranger.

2. La CEIC accélère la révision des critères d'admission pour les adapter à une définition plus large de la famille et change les procédures d'admission pour que les familles puissent être rassemblées plus rapidement.

3. La CEIC, Santé et Bien-être social Canada et le Secrétariat d'État assurent le financement de base du fonctionnement à long terme des organismes de services aux immigrants.

4. Santé et Bien-être social Canada et le Secrétariat d'État encouragent et soutiennent la formation de groupes d'aînés et l'élaboration de program-mes qui leur sont destinés dans les organismes de services aux immigrants, les centres communautaires à vocation générale et les associations ethnoculturelles.

5. Santé et Bien-être social, le Secrétariat d'État et le Conseil consultatif sur la situation de la femme élaborent et distribuent du matériel éducatif multilingue sur les droits et le rôle de la femme au Canada. Les organismes de services aux immigrants, les centres communautaires à vocation générale et les associations ethnoculturelles pourraient utiliser ce matériel pour animer des discussions.

6. Santé et Bien-être social Canada et le Secrétariat d'État, en collaboration avec leurs homologues provinciaux, veillent à ce que les programmes et l'environnement scolaires, les installations préscolaires et les garderies reflètent la diversité culturelle des enfants qui les fréquentent.

7. Le Secrétariat d'État, en collaboration avec les ministères provinciaux de l'éducation, encourage et soutienne les conseils scolaires pour qu'ils adoptent des politiques multiculturelles de relations raciales semblables à celles qui ont déjà fait leurs preuves au niveau fédéral.

8. La CEIC, le ministère des Communications et le Secrétariat d'État renseignent mieux le public sur les avantages du pluralisme culturel, la contribution des immigrants à la société canadienne, les difficultés auxquelles les nouveaux arrivés sont confrontés, et les effets des préjugés tant sur ceux qui en sont victimes que sur ceux qui les manifestent.

9. La CEIC assure à tous les immigrants et réfugiés l'égalité d'accès à l'apprentissage des langues officielles, que ces gens soient ou non destinés à entrer sur le marché du travail.

10. La CEIC, en collaboration avec le Secrétariat d'État, renforce et garantisse la souplesse des programmes d'apprentissage des langues officielles en tenant compte du niveau linguistique exigé, des objectifs des cours, de la durée des programmes, des horaires de cours et de l'endroit où les classes sont situées.

11. La CEIC, le ministère du Travail et le Secrétariat d'État engagent des négociations avec leurs homologues provinciaux pour établir des critères et des lignes directrices à mettre en oeuvre pour que les personnes formées à l'extérieur du Canada puissent y pratiquer leurs professions et métiers.

En ce qui a trait aux propositions et recommandations, le Groupe de travail a conclu que, lorsque les immigrants et les réfugiés requièrent des soins de santé mentale au Canada, ils tendent à chercher de l'aide à l'extérieur du système officiel de soins, selon leurs croyances et leurs valeurs culturelles. Les services de soins de santé mentale dispensés aux migrants, surtout des soins d'urgence et des soins intensifs, se révèlent inefficaces dans plusieurs cas. Les différences linguistiques et culturelles entre praticien et patient sont souvent trop grandes pour permettre des resultats satisfaisants.

Il n'est pas possible de créer des services de santé mentale «parallèles» pour chaque groupe culturel et linguistique du Canada, mais il n'est pas non plus nécessaire de le faire. Avec l'encouragement et le leadership du gouvernement canadien, plus particulièrement de Santé et Bien-être social Canada, chaque province peut offrir des services de soins de santé mentale aux groupes culturels, en mettant à profit les ressources existantes et un minimum de financement supplémentaire.
Le Groupe de travail recommande que :

12. Santé et Bien-être social Canada, avec la participation des associations professionnelles, des services administratifs et des organismes de services aux immigrants, mette sur pied un organisme consultatif qui serait chargé de coordonner et de surveiller les services sociaux, ainsi que les services de santé et de santé mentale offerts aux minorités ethniques.

13. Santé et Bien-être social Canada invite les intéressés à soumettre des propositions d'organisation de modules de formation transculturelle dans les domaines de l'éducation, de la médecine familiale, des sciences infirmières, de la psychiatrie, de la psychologie et du travail social.

14. Santé et Bien-être social Canada, le Secrétariat d'État et leurs homologues provinciaux encouragent les institutions d'études supérieures à conférer un caractère prioritaire à l'éducation transculturelle, particulièrement pour les étudiants dans les disciplines suivantes : en éducation, en médecine, en sciences infirmières, en psychiatrie, en psychologie et en travail social.

15. Santé et Bien-être social Canada et le Secrétariat d'État encouragent tous ceux qui financent des services sociaux et de santé à exiger que les associations et organismes qui soumettent des demandes de financement prouvent qu'ils s'efforcent de rendre leurs services accessibles aux minorités ethniques et qu'ils fournissent des évaluations de leur efficacité.

16. Santé et Bien-être social Canada accorde une certaine priorité aux immigrants et réfugiés ainsi qu'aux problèmes multiculturels en ce qui concerne les contributions aux programmes de promotion de la santé, les subventions à la recherche, les subventions nationales au Bien-être social, et d'autres activités que ce ministère finance.

17. Santé et Bien-être social Canada, en collaboration avec les organismes de services aux immigrants et les associations ethnoculturelles, élabore du matériel éducatif multilingue sur les conséquences psychologiques de l'émigration et sur les ressources disponibles pour les soins mentaux. Santé et Bien-être social Canada devrait fournir ce matériel aux ministères provinciaux de la santé et aux organismes de services aux immigrants afin qu'ils les distribuent aux spécialistes en contact constant avec le public et aux médias ethniques.

18. Santé et Bien-être social Canada et ses homologues provinciaux encouragent tous les organismes de services de soins de santé et de santé mentale à élargir, par l'adoption de politiques d'égalité d'accès à l'emploi, l'embauche de personnel issu de minorités ethniques.

19. Santé et Bien-être social Canada et le Secrétariat d'État encouragent les comités d'admission des programmes de formation en services sociaux, en soins de la santé et de santé mentale à reconnaître comme un atout la maîtrise d'une langue non officielle et l'intention de travailler avec une clientèle qui parle cette langue.

20. Santé et Bien-être social Canada encourage les services provinciaux de soins de santé mentale à employer des spécialistes de la santé mentale pour les organismes importants de services aux immigrants.

21. Santé et Bien-être social Canada, en collaboration avec les ministères provinciaux de la santé et les organismes de services aux immigrants, élabore un programme de formation d'interprètes pour les services de soins de santé mentale. Les organismes de services aux immigrants et les ministères provinciaux de la santé devraient recevoir ce programme pour

pouvoir l'utiliser dans le cadre des cours financés par Santé et Bien-être social Canada.

22. Santé et Bien-être social Canada soutienne la recherche et les initiatives visant la promotion de la santé afin de bien identifier les conséquences psychologiques de la torture et d'élaborer des méthodes de traitement efficaces pour les rescapés de la torture et leurs familles.

23. Santé et Bien-être social Canada encourage les services provinciaux de la santé mentale à accorder une attention spéciale au financement d'installations pour la réadaptation et l'intégration des groupes ethniques minoritaires.

Le Groupe de travail reconnaît que la rentabilité et le succès final de toute mesure préventive ou corrective dépend en grand partie des connaissances et de l'expérience qui y sont appliquées. Le rapport note à maintes reprises le manque de résultats de recherches empiriques précis, et le besoin de procéder à des évaluations de programmes contrôlées et à la surveillance coordonnée de l'information et des activités.

Par conséquent, nous recommandons que :

24. La CEIC, Santé et Bien-être social Canada et le Secrétariat d'État établissent, à travers le Canada, trois centres d'excellence consacrés aux recherches sur les questions touchant la santé mentale des migrants.

25. Que la CEIC, Santé et Bien-être social Canada et le Secrétariat d'État établissent à travers le Canada au moins trois centres d'excellence pour la formation interculturelle.

26. Que la CEIC, Santé et Bien-être social Canada et le Secrétariat d'État établissent un centre unique de renseignements informatisés pour recueillir, coordonner et disséminer les résultats de recherches et d'évaluations, ainsi qui les descriptions de programmes de services et de formation destinés aux migrants et aux membres des minorités ethniques du Canada.

27. Que Santé et Bien-être social Canada et le Secrétariat d'État créent un comité consultatif national chargé de les conseiller sur la mise en oeuvre des recommandations du Groupe de travail, et de la surveiller.

En mettant sur pied ces mesures visant la bonne santé mentale des immigrants et des réfugiés, non seulement le Canada servira-t-il ses meilleurs intérêts, mais aussi confirmera-t-il son rôle de nation concernée.

Première partie :

Introduction

Comme partout ailleurs au monde et à l'instar des autres Canadiens, les nouveaux arrivants au Canada doivent affronter les nombreux obstacles qui se dressent devant eux dans la poursuite de leurs aspirations. Trop souvent, affligés du stigmate de leur statut d'immigrant, ils se sentent tenus à l'écart de ce qu'ils perçoivent comme étant le courant principal de la société canadienne. L'aliénation et la frustration peuvent entraîner la mauvaise santé physique et mentale. Reconnaissant ces problèmes, et en réponse aux inquiétudes exprimées par un certain nombre d'organimes nationaux, le Secteur du multiculturalisme du Secrétariat d'État et le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social ont formé un Groupe de travail chargé d'étudier les problèmes de santé mentale qui frappent les immigrants et les réfugiés au Canada, ce «pays d'immigrants».

Composition du Groupe de travail

Mis sur pied le 1er avril 1986, le Groupe de travail comprenait des psychiatres, des psychologues, des infirmiers et infirmières et des travailleurs sociaux. Certains membres du groupe appartenaient au milieu universitaire, d'autres étaient des dispensateurs de soins aux immigrants oeuvrant sur le terrain. Les membres du groupe, formés de Canadiens d'origine ainsi que de personnes qui ont immigré au Canada de l'Argentine, d'El Salvador, de Hong Kong, de la Jamaïque, des Philippines, de l'Afrique du Sud et du Viêt-nam, sont venus de partout au pays, des provinces maritimes à la Colombie-Britannique. Un coordonnateur de recherche complétait les effectifs du Groupe de travail. Deux organismes étaient responsables de l'administration du groupe, à savoir l'Association canadienne pour la santé

mentale et le département de Psychiatrie de l'Université de Colombie-Britannique (UBC). Le Secrétariat d'État (Direction du multiculturalisme), le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et celui de l'Emploi et de l'Immigration ont prêté du personnel et fourni une aide spécialisée.

Mandat du Groupe de travail

D'une durée de deux ans, le mandat du Groupe de travail était clair :

1. Brosser un portrait du contexte des problèmes de santé mentale auxquels font face les immigrants et les réfugiés et résumer les documents de référence sur le sujet;

2. Tenir des audiences publiques dans le but de déterminer le type d'environnement requis pour combler les besoins de santé mentale des nouveaux arrivants, comprendre leurs modes d'adaptation, et définir la disponibilité et l'accessibilité en ce qui a trait aux organismes de soins, de même que les caractéristiques désirées des dispensateurs de soins;

3. Rédiger un rapport final et soumettre des recommandations.

Manière d'aborder le mandat

Définir les tâches a été beaucoup plus facile que les achever. Travaillant en soirée et les fins de semaine, les membres du groupe ont commencé par examiner les documents de référence ainsi que des rapports non publiés sur le sujet, puis ils ont rédigé des rapports d'analyse sur les sujets relevant des compétences particulières de chacun. Ces rapports ont été condensés par le président du Groupe à l'Université de Colombie-Britannique en un document de travail, intitulé Revue des documents de référence portant sur la santé mentale des migrants, qui constitue le premier rapport présenté aux ministères commanditaires. Ce document résume les ouvrages canadiens et un certain nombre d'études internationales sur la santé mentale et l'adaptation.

Avant de passer à des audiences publiques partout au pays, le Groupe de travail est entré en contact par courrier avec plus de 700 agences de services, groupes ethniques, groupes d'entraide pour les réfugiés et les immigrants et instituts de formation. La lettre d'introduction informait que le Groupe de travail avait été créé, décrivait son mandat et invitait les destinataires à soumettre des mémoires ou présenter des exposés sur les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés. Bien que la réponse à ces invitations ait été très positive, nous n'avons pu inviter qu'un échantillon de personnes et d'organismes à venir présenter des exposés oraux.

Les 10 et 11 avril 1987, à Vancouver, le Groupe de travail a entendu les exposés de 19 organismes de l'Ouest du Canada. Le mois suivant, les 6 et 7 mai, les membres du groupe se sont rassemblés à Toronto, où ils ont écouté les exposés de 20 organismes du centre du Canada; ils sont ensuite allés à Montréal, les 8 et 9 mai, pour entendre 15 organismes du Québec et des provinces maritimes.

Réponse de la collectivité

Les audiences publiques ont été des événements mémorables. Des organismes de tout genre ont présenté des exposés, que ce soit de petits groupes ethniques isolés ou des organismes cadres représentant de grands quartiers de nos villes les plus populeuses. Des exposés ont été présentés par des organismes présentés par des organismes établis oeuvrant dans le domaine des services sociaux et des soins de santé qui nous ont fait part de la grande difficulté de combler les besoins de clients qu'il était parfois difficile de comprendre, par des instituts qui ont mis sur pied des programmes de formation expérimentaux à l'intention des dispensateurs de soins, et par des groupes d'entraide, dépourvus de ressources mais dotés d'idées. Compte tenu du fait que les personnes qui s'occupent de dispenser des soins n'ont généralement pas le temps de réfléchir par écrit sur leur travail, l'occasion de les entendre décrire des innovations en cours partout au Canada s'est révélée particulièrement précieuse. Nous en avons tiré une leçon très importante, à savoir que s'il n'est pas nécessaire de créer un nouveau système de services pour combler les besoins de santé mentale des immigrants et des réfugiés, il reste possible et nécessaire d'assouplir les ressources disponibles et d'en améliorer l'accès.

D'autres rencontres ont eu lieu hors du cadre des audiences publiques officielles. Un soir à Toronto, nous avons tenu un colloque ouvert au public, auquel ont assisté une centaine de personnes. Certaines d'entre elles étaient venues par intérêt personnel, d'autres en qualité de représentants de groupes qui n'avaient pas eu l'occasion de présenter un exposé au cours des audiences officielles.

En outre, le président s'est entretenu avec les représentants des ministères de l'Alberta, du Manitoba, du Québec et du Nouveau-Brunswick responsables des services sociaux, de santé et d'adaptation, afin de se mettre au courant des initiatives gouvernementales visant à combler les besoins de santé des nouveaux arrivants.

Nous avons reçu un grand nombre de mémoires décrivant les problèmes auxquels font face les migrants au cours du processus de leur adaptation au mode de vie canadien, de même que les tentatives constructives d'organismes communautaires et gouvernementaux visant à déterminer de meilleurs moyens d'aller au-devant des besoins des nouveaux arrivants et à mettre au point des programmes pratiques pour ce faire.

Concepts et définitions

Les documents de référence comportent généralement un vocabulaire unique qu'il convient de définir; ceux d'entre eux où l'on retrouve les termes **«santé mentale»**, **«immigrants»**, **«réfugiés»** et **«soins de santé mentale»** ne font pas exception.

Il est amusant de constater que le terme **«santé mentale»** en est venu à désigner à la fois les désordres mentaux et le bon équilibre mental.

Les désordres mentaux couvrent une gamme de phénomènes, à partir des maladies sérieuses qui causent l'hospitalisation jusqu'aux craintes irréalistes et périodes de tristesse inconsolable qui empêchent les gens de travailler et d'aimer. Il arrive que ce terme englobe les répercussions personnelles frappant les gens qui font face aux difficultés de la vie, telles que la puberté ou le deuil, ou qui font appel à des spécialistes des soins de santé mentale pour les aider à régler des problèmes conjugaux. Non seulement les nomenclatures officielles, telles que la Classification internationale des maladies, Section santé mentale, ou le Diagnostic and Statistical Manual (D.S.M.) de l'American Psychiatric Association, décrivent-elles ces problèmes, mais elles les définissent comme des domaines légitimes du champ de spécialisation de la santé mentale.

Une vaste proportion de la population — jusqu'à 15 à 20 p. 100, d'après les études sur le sujet — souffre, à divers degrés, de désordres émotifs décrits dans la Classification internationale des maladies ou le D.S.M. Le caractère commun de ces désordres ne doit pas émousser notre sensibilité à l'énorme tribut qu'ils réclament en souffrances personnelles et en coût des soins. Certaines études suggèrent que 30 p. 100 de tous les contacts médicaux portent sur des problèmes reliés à la santé mentale. Il s'ensuit que les désordres émotifs engendrent des coûts énormes pour la société.

Comme tout le monde, les migrants sont susceptibles de souffrir de **désordres** de divers types, à divers degrés d'intensité et pendant des périodes variables. Il ressort de nombreux ouvrages théoriques que, le processus d'adaptation dans un nouveau pays représentant sans conteste une source de stress, les immigrants et les réfugiés présenteront plus de désordres mentaux que les populations des pays hôtes. De nombreux ouvrages faisant partie du corpus international de documents de référence soutiennent cette hypothèse. Cependant, un nombre à peu près égal d'ouvrages soutiennent le contraire, à savoir que les immigrants présentent le même taux de désordre mental que les populations des pays hôtes et même, dans certains cas, un taux inférieur. On pensera peut-être que les scientifiques qui se sont consacrés au sujet nagent dans la confusion; cependant, l'examen approfondi de ces études conçues avec soin et bien faites mène à une conclusion très intéressante.

La migration est bel et bien une condition de risque de développement de désordre mental. Cependant, qui dit risque ne dit pas nécessairement destin. Certains migrants deviennent malades mentaux dans certaines conditions. Toutefois, les différences au niveau des caractéristiques personnelles des migrants ou des situations sociales dans lesquelles ils se retrouvent sont finalement des prédicteurs de l'état de leur santé mentale plus forts que la migration en soi. Plutôt que de demander : «Les migrants présentent-ils plus de désordres mentaux que les autres?», nous devons comprendre les conditions dans lesquelles les populations de migrants présentent des taux de désordres mentaux plus ou moins élevés que ceux des groupes autochtones.

Les travaux du Groupe de travail devaient porter sur les désordres mentaux, mail il nous a semblé nécessaire de déborder le cadre de la maladie pour englober la santé dans une optique positive. Cependant, dégager une perspective positive de la santé s'est révélé ardu : il est facile d'avoir une idée du phénomène mais difficile d'en saisir l'essence. Les chercheurs ont pendant longtemps cherché une définition de la santé. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) est arrivée à une définition faisant

ressortir un point essentiel, à savoir que la santé représente davantage que l'absence de maladie. Le reste de la définition de l'OMS, à savoir «un état global de bien-être physique, psychologique et social» est cependant plus difficile à traduire en termes concrets.

Alors même que les scientifiques et autres professionnels se débattent pour définir ce qu'est la **bonne santé mentale**, le Groupe de travail a adopté un concept que le Canadien moyen accepterait probablement. Dans la mesure où la personne est heureuse, qu'elle croit maîtriser sa vie et qu'elle se sent à la fois valorisée et un membre productif de la société, on peut dire qu'elle est en bonne santé mentale. Le Groupe de travail a conclu qu'en plus de tenter de comprendre les facteurs qui font de la migration une situation qui présente des risques accrus de désordres mentaux, nous devions aussi déterminer les forces qui optimisent le potentiel humain.

Les termes «**immigrant**» et «**réfugié**» doivent aussi être définis. Nous admettons des personnes au Canada en vertu de la ***Loi sur l'immigration***, qui repose sur des préoccupations d'ordre économique, social et humanitaire. On accepte les personnes qui appartiennent à l'une des trois catégories suivantes : catégorie de la famille, réfugiés au sens de la Convention et immigrants indépendants.

Tout Canadien ou résident permanent d'au moins 18 ans peut, en vertu de la **catégorie de la famille**, parrainer des parents proches en signant une entente selon laquelle il s'engage à leur fournir le logement, les soins et l'entretien pendant une période allant jusqu'à dix ans.

La catégorie des immigrants indépendants comprend les parents aidés, les retraités, les entrepreneurs, les investisseurs et les autres personnes qui font une demande de leur propre chef. Les revendicateurs de la catégorie des immigrants indépendants se voient attribuer des points en fonction de leur degré de scolarité, leur formation professionnelle, leur stabilité personnelle et leurs parents établis au Canada. Pour pouvoir être admis dans cette catégorie, le candidat doit amasser au moins 70 points sur 100. On accorde 10 points automatiquement aux personnes ayant des parents au Canada qui peuvent se porter garants d'eux et sont prêts à le faire.

La définition canadienne du **réfugié** est celle de la Convention et de protocole des Nations unies relatifs au statut des réfugiés :

> ***Toute personne «est réfugiée au sens de la Convention»«qui croyant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut pas se réclamer de la protection de ce pays; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle à la suite de tels événements, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut pas y retourner.»***

De nombreuses personnes persécutées et déplacées qui ne satisfont pas à la définition de réfugié de l'O.N.U. peuvent rentrer dans une catégorie désignée, pour des raisons humanitaires. Au cours des dernières années, le gouvernement fédéral a admis, dans cette catégorie, des personnes en provenance du Sud-Est asiatique, de la Pologne et de certains pays d'Amérique latine.

Dans ce rapport, nous utilisons les termes «**migrant**» et «**immigrant**» pour désigner des personnes appartenant à toutes ces catégories, c'est-à-dire catégorie de la famille, réfugiés au sens de la Convention, catégorie désignée et immigrants indépendants. Cependant, ces termes n'incluent pas les étudiants étrangers et les travailleurs temporaires, que ne couvre pas le mandat du Groupe de travail.

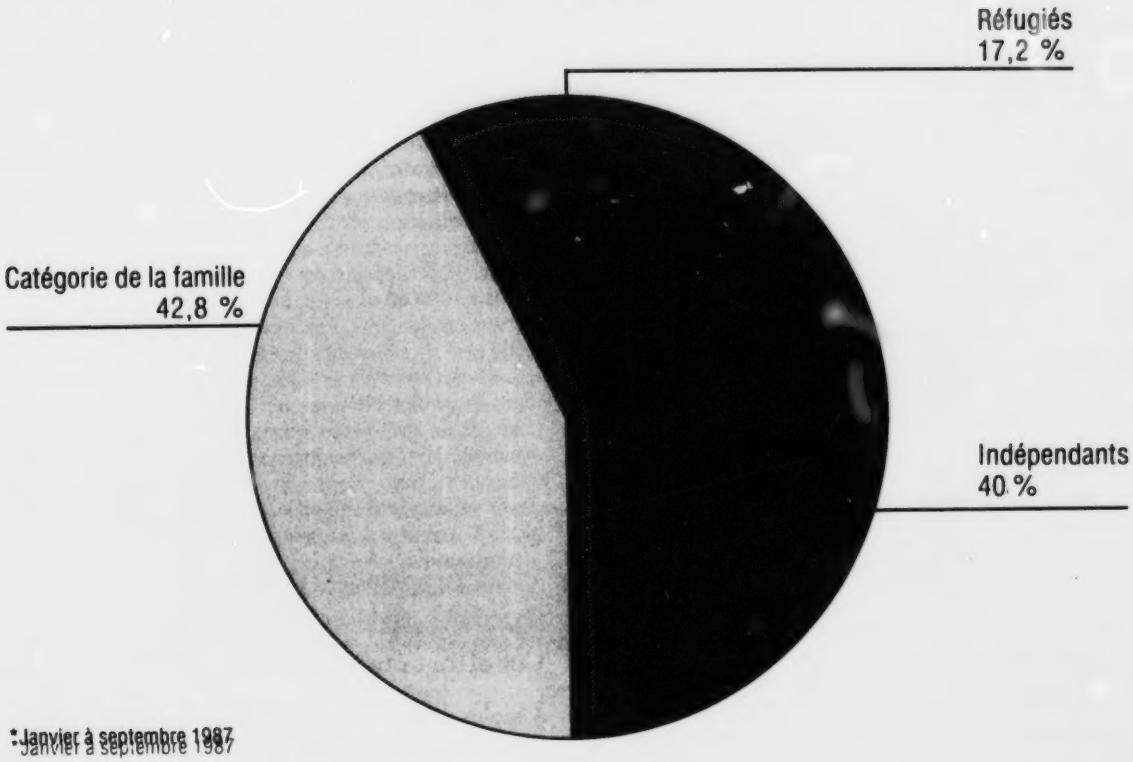
Le nombre de personnes qui entrent au Canada a subi des fluctuations au cours de la dernière décennie, passant d'un plancher de 84 331 en 1985 à un plafond de 152 000 en 1987. Comme l'illustre la figure 0.1, on a admis un peu plus de 17 p. 100 des immigrants en qualité de réfugiés, 40 p. 100 comme immigrants indépendants et presque 43 p. 100 dans la catégorie familiale.

S'adapter au mode de vie d'une nouvelle société est une expérience déconcertante. Qu'une personne arrive au Canada dans l'espoir d'y fonder une entreprise, de rejoindre un parent ou pour échapper à la persécution politique, l'adaptation aux us et coutumes de notre pays engendre des problèmes communs. De nombreux nouveaux arrivants, immigrants ou réfugiés, ne parlent ni l'une ni l'autre langue officielle du Canada. Nombre d'entre eux sont issus de sociétés où les valeurs diffèrent considérablement de celles que partagent tous les Canadiens, notamment en ce qui concerne les soins de santé. La langue, la compatibilité des cultures et les attitudes envers les soins de santé sont de grandes préoccupations au sein d'une société multiculturelle, qui touchent de près les questions de la santé mentale des nouveaux arrivants.

Figure 0.1

Distribution des immigrants par catégorie d'immigration

Canada 1978-1987*



*Janvier à septembre 1987

Bien qu'ils partagent de nombreux problèmes, les immigrants et les réfugiés présentent des différences importantes sur le plan de la santé mentale. D'habitude, les gens choisissent d'immigrer, alors qu'ils sont généralement forcés de devenir des réfugiés, ce qui accroît le risque qu'ils courent de développer des désordres mentaux. De nombreux réfugiés ont perdu leur foyer, des membres de leur famille et des amis, ils ont connu l'internement dans des camps, certains ont même subi la torture, qui détruit l'esprit aussi bien que le corps. Pour ajouter aux traumatismes passés, les réfugiés sont généralement démunis de tout et se trouvent coupés de leurs familles et de toute forme de soutien social à leur arrivée dans un pays d'asile. La plupart des réfugiés admis au Canada viennent d'Outre-mer. Cependant, les dernières années ont vu une recrudescence du nombre de personnes qui réclament le statut de réfugié en vertu de la Convention de Genève, après être arrivées en territoire canadien. Bien qu'il y ait eu des abus de système qui ont fait la manchette, de nombreux candidats possèdent le droit au titre de réfugiés véritables et se voient accorder l'autorisation de demeurer au pays. Le désespoir qui a motivé leur décision de venir au Canada puis d'y faire une demande d'immigration, ajouté aux longs délais qui précèdent invariablement l'audition de leur cas, causent du stress chez les personnes qui attendent la décision finale. Il faut souligner le fait que, paradoxalement, les personnes faisant partie de ce groupe à risque élevé n'ont pas droit aux avantages du régime d'assurance-maladie tant que leur statut de réfugié n'a pas été approuvé.

Le travail du Groupe consistait en grande partie à comprendre les besoins en santé mentale ainsi que les facteurs qui influent sur ces besoins. Il était également important d'étudier la manière dont le Canada y répond et avec quel niveau de succès.

Nous avons beaucoup entendu parler du «**système de soins de santé mentale**». Nous sommes allés jusqu'à utiliser le terme nous-mêmes, tout en reconnaissant que, ce faisant, nous perpétuions une illusion commode. Il n'existe pas de système «monolithique» pour traiter les malades mentaux et les réadapter ou pour promouvoir le bien-être des Canadiens. Au lieu d'un tel système, on trouve des hôpitaux, des cliniques et des praticiens privés qui offrent des services divers, en travaillant parfois de concert, parfois de manière autonome. En outre, ce ne sont pas les seuls endroits où ont lieu les services de consultation et le traitement des personnes qui présentent des problèmes émotifs, et encore moins les activités de promotion de la santé. Cela se fait en grande partie officieusement, dans les bureaux de médecins, dans les classes de langue seconde, au sein des organismes d'aide aux immigrants et réfugiés, dans les résidences de quartier et entre les membres de groupes d'entraide ethniques.

Les programmes scolaires et préscolaires ont aussi un rôle à jouer dans le «système des soins de santé mentale». Les enfants apprennent à l'école beaucoup plus que des aptitudes de base, dans le cadre des programmes scolaires et préscolaires. En retour, cela touche leurs parents. De nombreuses familles d'immigrants s'adaptent à leur nouveau pays par le biais des expériences et des aspirations de leurs enfants.

Le terme «**courant principal**», qui renvoie à des organismes perçus comme étant au centre du mode de vie canadien et entérinés par la plupart des Canadiens, s'est vu souvent mis en opposition au terme «services ethniques», qui dénote des institutions dont le rôle au sein de notre pays est plus marginal. Cela est paradoxal car, dans notre société multiculturelle, tout discours impliquant que certaines institutions sont plus «centrales» que d'autres n'a pas sa place. Toutes nos institutions sociales et culturelles sont importantes au maintien de notre mode de vie, qu'elles soient grandes ou petites, ou qu'elles soient appuyées par des groupes qui se trouvent au Canada depuis plusieurs générations ou depuis peu seulement. Le terme «courant principal», qui projette l'image d'un fleuve vers lequel coulent tous ses affluents pour y être finalement absorbés, est une métaphore trompeuse. L'image de la société multiculturelle est celle d'une mosaïque, un ensemble construit d'unités identifiables. Pour ces raisons, nous avons tenté d'éviter le terme «courant principal», lui préférant ceux de «société étendue» ou «société hôte» ou «communauté générale» pour décrire ce genre d'institution.

Cet effort était-il nécessaire?

À moins d'être des immigrants de la première génération, la plupart des Canadiens possèdent un parent, grand-parent, oncle, tante, cousin ou ami qui a immigré au Canada. Un certain nombre de ces Canadiens ont fait remarquer que «bien sûr, les temps étaient difficiles, mais moi-même (ou mon parent) j'ai surmonté tous les obstacles sans l'aide du gouvernement. Nous avons réussi par nous-mêmes dans ce pays. Pourquoi avons-nous besoin d'enquêtes et de programmes spéciaux

maintenant?» Question légitime qui repose sur des preuves irréfutables.

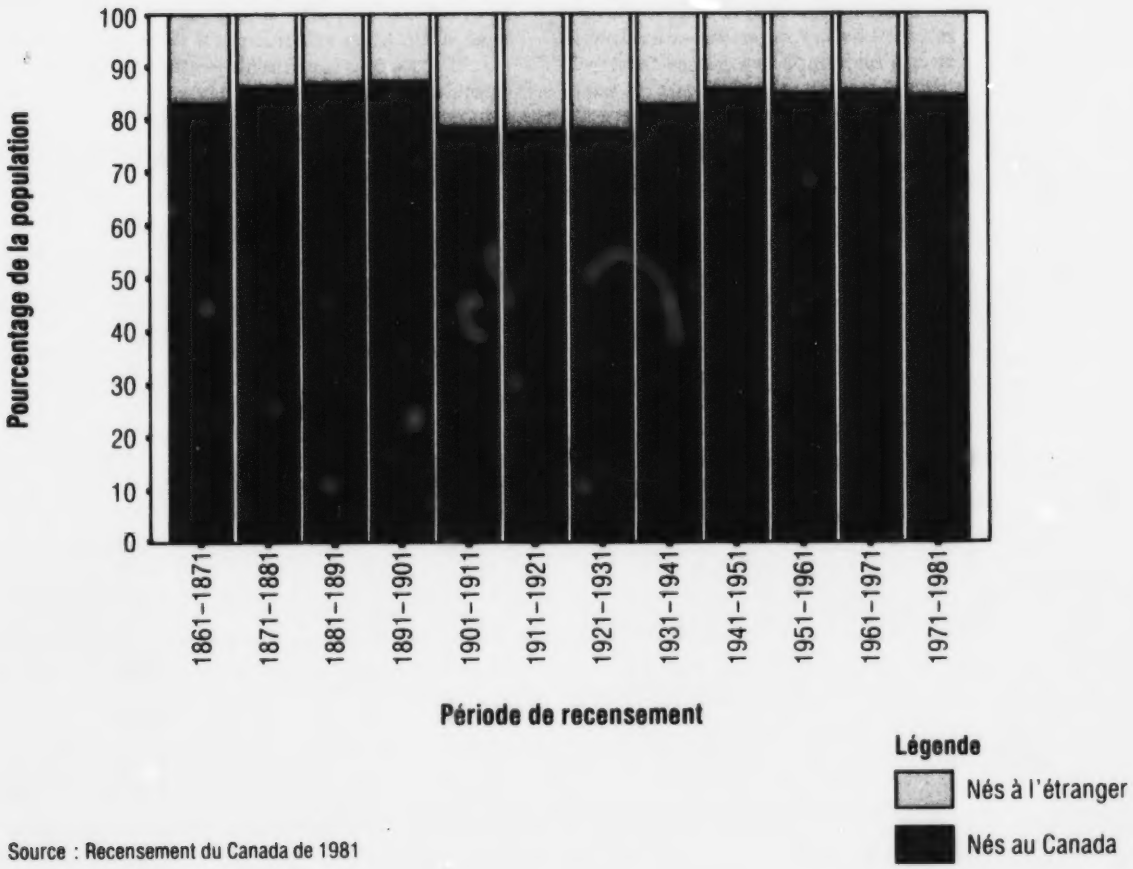
En 1988, un Canadien sur six est né à l'étranger. Fait remarquable, comme l'illustre la figure 0.2, le rapport du nombre de personnes nées à l'étranger sur celui des personnes nées au pays n'a jamais été inférieur à un pour six depuis la Confédération, s'élevant même parfois à un pour cinq. Il est évident qu'au cours des 120 années que couvre l'histoire de notre pays, la plupart des arrivants ont «réussi», à force de travail et de persévérance, et qu'ils ont contribué au mode de vie canadien.

Le besoin de se pencher de nouveau et de manière toute spéciale sur les éléments de santé mentale qui touchent les immigrants et les réfugiés est attribuable à deux facteurs : d'abord, le changement du visage de l'immigration au Canada, puis notre connaissance croissante des éléments influant sur l'adaptation des nouveaux arrivants.

Figure 0.2

Pourcentage de la population née au Canada et née à l'étranger par rapport à la population totale par période de recensement

Canada 1861-1981



Source : Recensement du Canada de 1981

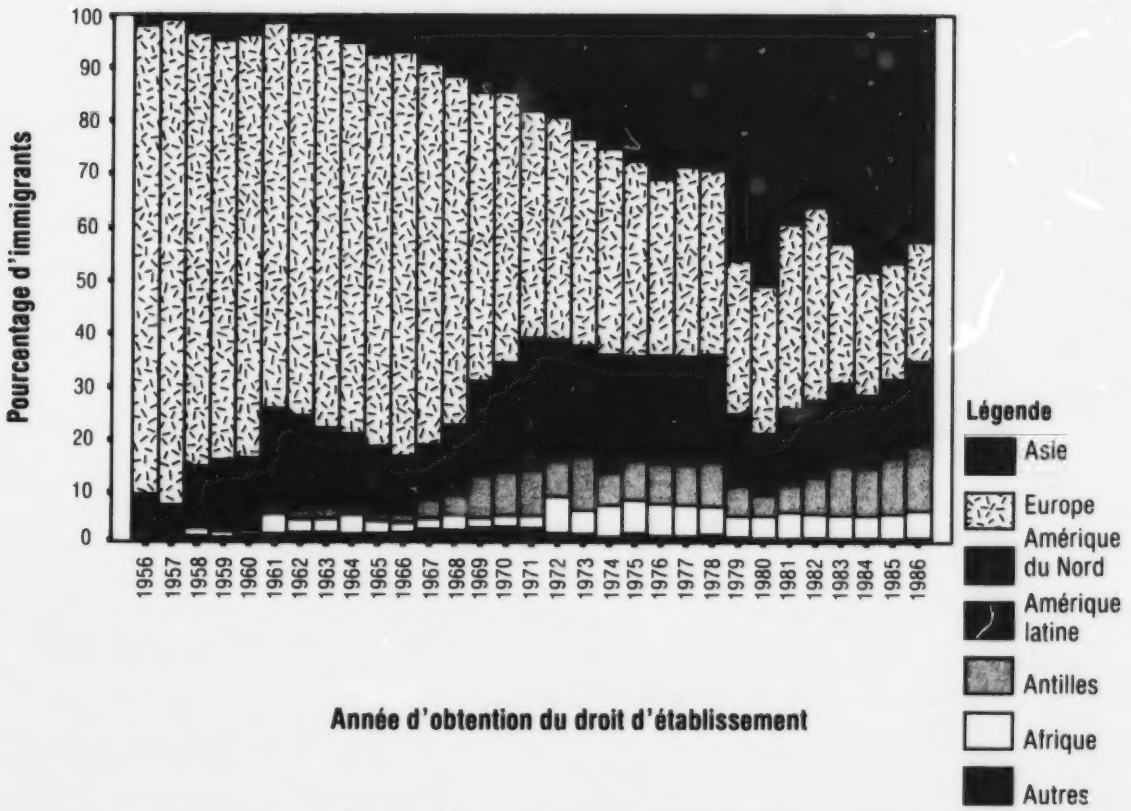
Les immigrants récents ne sont pas originaires des mêmes endroits que leurs prédécesseurs. Comme le démontre la figure 0.3, les premiers mouvements d'immigration au Canada provenaient surtout du nord de l'Europe. Au cours des deux ou trois dernières décennies, la proportion d'immigrants en provenance de cette région du globe a diminué, alors que celle des personnes arrivant d'Asie et, plus récemment encore, d'Amérique latine, s'est accrue.

Les premières générations de migrants, venant principalement du nord de l'Europe, devaient s'adapter à de nouveaux climats et de nouvelles coutumes, sans grande préparation et avec très peu d'aide. Les immigrants qui ont suivi, venant de Pologne, d'Ukraine, de Grèce, d'Italie et de Turquie ont souffert du stress supplémentaire de ne pas parler l'une des deux langues officielles du pays. Les tout derniers immigrants, plus particulièrement ceux qui viennent du Sud-Est asiatique, d'Inde ou d'Érythrée parlent souvent des langues dont les racines sont profondément différentes de celles dont descendent les langues parlées par les migrants d'origine européenne. Leurs idées sur l'importance de la famille dans la vie d'une personne, sur la religion et sur l'organisation de la société idéale sont extrêmement différentes de celles de la plupart des Canadiens.

Figure 0.3

Lieux d'origine par année d'obtention du droit d'établissement

Canada 1956-1986



Si nous acceptons l'hypothèse qu'un environnement étranger exacerbe le stress attribuable au fait de recommencer à zéro — nos données confirment absolument cette hypothèse — alors le caractère de l'immigration courante au Canada exige que l'on aborde différemment le rétablissement et les éléments susceptibles de le faciliter. Heureusement, nous en savons beaucoup plus maintenant que ce n'était le cas dans le passé sur ce qui rend difficile le rétablissement et la manière d'aplanir ces difficultés. Il nous appartient d'utiliser ces nouvelles connaissances pour accroître au maximum le sens de bien-être des nouveaux arrivants et leur aptitude à collaborer sur le plan social. Ne pas faire le maximum d'efforts dans cette voie serait rendre un mauvais service à la société canadienne et aux personnes que l'on a invitées à s'y joindre.

Structure du rapport du Groupe de travail

Compte tenu du fait que la meilleure solution consiste à prévenir les problèmes avant qu'ils ne se produisent, le rapport débute sur une section entièrement consacrée aux politiques et pratiques qui aident à prévenir les désordres mentaux et qui facilitent le bien-être des immigrants. On aborde dans des chapitres distincts les attitudes canadiennes envers les nouveaux arrivants et les formes de soutien social, d'apprentissage linguistique et de chances d'emploi dont bénéficient ces derniers.

Même si l'on met sur pied le programme le plus efficace, on devra toujours disposer de services correctifs pour ceux qui, à la suite de leur prédisposition personnelle jointe à des circonstances adverses, développent des troubles mentaux. Notre section sur les correctifs examine les rapports qui s'établissent entre les immigrants et le système canadien de soins de santé mentale. Un chapitre de cette section examine les services officiels de santé mentale, un autre les sources actuelles et possibles de soins à l'extérieur du réseau de soins de santé mentale officiel. La partie III, intitulée «Mesures correctives», traite aussi des questions de formation des praticiens de soins de santé mentale et de l'accréditation de praticiens immigrants spécialisés en santé mentale.

Les immigrants appartenant à certaines catégories courent plus de risques de développer des problèmes émotifs que d'autres. Dans la partie IV, nous abordons les besoins spéciaux de ces immigrants — enfants et jeunes femmes, personnes âgées, personnes atteintes de stress aigu — sur les plans préventif et correctif.

Chacun des chapitres de ce rapport définit la question précise à l'étude et analyse les pratiques qui la touchent. Ces renseignements résument la connaissance et la compréhension que nous avons tirées d'ouvrages scientifiques sur le sujet et des mémoires soumis par les collectivités. Chaque chapitre comporte des recommandations.

La tâche du Groupe de travail

La manière dont on traite les immigrants au Canada est, sous de nombreux aspects, un modèle pour le reste du monde industrialisé. Pour exprimer leur admiration envers la réaction du Canada lors de la crise mondiale des réfugiés, les Nations unies ont accordé au Canada la médaille Nansen pour l'année 1986; c'était la première fois que ce prix était remis à une nation entière. La *Charte canadienne des droits et libertés* et notre nouvelle *Loi sur le multiculturalisme canadien* sont des politiques nationales justes et équitables qui ne s'appliquent pas qu'aux seuls citoyens canadiens, mais aussi aux immigrants reçus et aux réfugiés.

Le taux de natalité a subi une baisse au cours des dernières années, malgré l'objectif national de maintenir, sinon d'accroître notre population. Ainsi, nous offrons l'asile aux réfugiés et nous facilitons l'immigration non seulement pour les raisons d'ordre humanitaire dont nous sommes si fiers au Canada, mais aussi par intérêt personnel éclairé. Le Canada tire profit du travail, du capital et du potentiel créateur des nouveaux arrivants. Comme il n'existe aucune raison de croire que l'habitude centenaire d'admission de migrants changera, ce rapport a été rédigé dans l'espoir que ses conclusions nous aideront à accueillir encore mieux les étrangers auxquels nous continuerons d'ouvrir nos portes.

Partie II :

Prévention

Chapitre 1 : Attitudes de la société canadienne 13
Chapitre 2 : Établissement et soutien social 19
Chapitre 3 : Apprentissage des langues officielles 29
Chapitre 4 : Emploi 35

Le service canadien de soins de santé, décrit dans le document intitulé ***La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé*** (1986), définit la prévention comme étant un objectif primordial. Bien que le Canada ne puisse faire que peu de choses pour réduire les stress qui se produisent avant la migration, les recherches et l'expérience acquise sur le sujet démontrent que ce qui arrive aux gens après qu'ils soient entrés dans le pays d'adoption a de profondes répercussions sur leur santé mentale. **Puisque nous sommes en mesure de modifier les conditions post-migratoires pour les nouveaux arrivants, il est important que nous délimitions les facteurs qui influent sur la santé mentale pendant la réinstallation et que nous les comprenions à fond.** La présente section traite de quatre sujets importants, en s'inspirant des témoignages de groupes de migrants et d'organismes d'aide au rétablissement, ainsi que des documents de recherche disponibles. Il s'agit des attitudes de la société canadienne face aux nouveaux arrivants, de l'installation et du soutien social, de la formation en langues officielles et des chances d'emploi.

Bien que la ***Loi canadienne sur l'immigration*** reconnaisse le rôle important que jouent les migrants dans le développement du pays, et que notre ***Loi sur le multiculturalisme canadien*** affirme la valeur de la diversité culturelle, les Canadiens ne sont pas tous également favorables à la venue d'étrangers, plus particulièrement ceux qui font partie de minorités visibles. Le rapport du Comité spécial de la participation des minorités visibles à la société canadienne, publié sous le titre ***L'égalité ça presse!*** (1984), conclut de manière alarmante que les Canadiens ont des attitudes carrément racistes

dans une proportion de 15 p. 100 et qu'ils présentent certaines tendances racistes dans une proportion de 20 à 25 p. 100 de plus. Le racisme viole l'image que nous nous faisons de nous-mêmes en tant que nation. Il est important de faire des efforts pour augmenter le respect mutuel et valoriser nos différences, pour améliorer la santé mentale des Canadiens d'origine et des nouveaux arrivants.

Au fil des dernières années, nous avons pris de plus en plus conscience du fait que le bien-être individuel dépend des rapports étroits que l'on entretient avec autrui. Pour pouvoir s'affirmer, les gens doivent faire partie d'un groupe social qui leur prête son appui. Les témoignages qu'a entendus le Groupe de travail révèlent que le processus de rétablissement menace l'appartenance à un groupe social, mais que les programmes de développement communautaire sont capables de restaurer le sentiment d'appartenance qui favorise la santé mentale.

L'inaptitude à parler la langue du pays hôte constitue un handicap sévère car elle mène à l'aliénation et débouche sur des désordres émotifs. Par conséquent, la question de l'apprentissage linguistique représente une composante importante du présent rapport.

Les études sur le chômage au sein de la population en général suggèrent des liens possibles entre le chômage et le taux accru de suicides, l'hospitalisation pour cause de troubles psychiatriques et des menaces au bien-être général. Souvent les derniers à être embauchés et les premiers à être renvoyés, les migrants présentent des taux de chômage plus élevés que la population autochtone. Ils se trouvent souvent dans des situations où ils se voient coupés d'antidotes contre le stress, tel le soutien social, qui compensent les effets du chômage sur la santé mentale.

Les personnes qui se trouvent en retrait de la culture de la majorité, qui ne peuvent pas parler la même langue qu'elle et qui, en même temps, sont privées des sources d'appui social auxquelles elles sont habituées, ne se trouvent nulle part chez elles. Ces personnes présentent un grand risque de troubles émotifs. Sans l'aide de programmes préventifs, elles se marginalisent plutôt que de participer pleinement à la société canadienne. C'est ainsi qu'elles peuvent en venir à faire partie des statistiques canadiennes sur la maladie mentale.

La plupart des migrants ont prouvé qu'ils avaient du ressort en cas de danger. La plupart d'entre eux ont surmonté tous les obstacles et contribué sensiblement à l'évolution de la société canadienne. Leur succès nous permet de tirer des conclusions importantes sur les manières dont on peut aider les groupes relativement restreints qui deviennent des victimes de la réinstallation, à accélérer et à faciliter leur adaptation.

Il est prouvé que les migrants qui ont les meilleures chances de conserver un sentiment de bien-être sont ceux qui ont le plus d'options à leur disposition — c'est-à-dire ceux qui peuvent maintenir des liens étroits avec leur propre communauté ethnique, tout en demeurant bienvenus au sein de la société à vocation générale et aptes à s'y intégrer.

Le besoin de services de santé correctifs se fera toujours sentir. Cependant, il faut stimuler la recherche à peine à ses débuts, des moyens à prendre pour prévenir la maladie et les souffrances et favoriser le bien-être.

Chapitre 1 :

Attitudes de la société canadienne

État de la question

L'accueil que l'on réserve aux immigrants qui arrivent dans le pays hôte influe sur leur bien-être mental. Les politiques gouvernementales qui favorisent l'intégration et la pluralité, ainsi que l'appui public de la diversité raciale et culturelle, permettent aux nouveaux arrivants de s'intégrer à la société à vocation générale sans avoir à abandonner leur identité passée et culturelle. L'idéologie du multiculturalisme s'accorde bien avec la santé mentale. Les gens qui se voient mis en face d'un éventail d'options — embrasser de tout coeur une nouvelle culture, préserver leur propre culture ou en arriver à un compromis entre ces deux états, réussissant ainsi une nouvelle intégration — resteront probablement en bonne santé mentale. Le fait de restreindre cet éventail, par l'assimilation forcée ou l'isolement, met en danger la santé et le bien-être. Les politiques canadiennes en matière de multiculturalisme doivent certes aider à créer les conditions idéales pour l'adaptation des immigrants; cependant, la manière dont ces politiques sont mises en œuvre et le climat de l'opinion publique compromettent la réalisation de ce potentiel. Il faut réduire l'écart entre politiques «idéales» et comportement «réel».

Politiques fédérales

Le Canada s'est doté d'une politique sur le multiculturalisme (gouvernement du Canada, 1971) et d'une nouvelle ***Loi sur le multiculturalisme canadien***. Ces documents, soutenus par un certain nombre d'initiatives provinciales parallèles, nous définissent comme une société respectueuse des nouveaux arrivants et ouverte à ces derniers. On invite les Canadiens à conserver leurs langues, coutumes et croyances, et à projeter l'image de la réalité multiculturelle du Canada, dans leurs activités au pays et à l'étranger.

La politique canadienne sur le multiculturalisme devrait en principe mener à la bonne santé mentale des immigrants. Cependant, les attitudes manifestes de nombreux Canadiens envers les nouveaux

arrivants contredisent les principes prônés par cette politique. Tous les Canadiens doivent apprécier à leur pleine valeur les principes du multiculturalisme. Pour citer un mémoire, «nous devons transformer le multiculturalisme en courant principal».
(District scolaire no 36, Surrey, C.-B.)

Attitudes de la population en général

Au cours des dernières années du moins, le Canada s'estmérité une réputation de nation humanitaire. Cependant un certain nombre d'études récentes révèlent qu'une proportion considérable, et peut-être croissante, de la population du Canada affiche une haine morbide des étrangers et des attitudes racistes.

Un rapport publié par Emploi et Immigration Canada en 1985 traite des attitudes xénophobes de plusieurs Canadiens. De nombreuses personnes ont exprimé l'avis que la culture canadienne — perçue comme étant originaire d'Europe septentrionale — est en danger d'être engloutie par une mer d'immigrants non européens qui ne son pas prêts à s'assimiler. On croit aussi que les immigrants constituent une menace économique. On les accuse d'accepter des emplois, augmentant ainsi le taux de chômage des Canadiens nés au pays ou, au contraire, de ne pas réussir à trouver d'emploi et d'imposer par le fait même un fardeau supplémentaire au système canadien de bien-être social. Comme le notent plusieurs mémoires soumis au Groupe de travail, la crainte que les immigrants mettent notre économie en danger est plus particulièrement vive dans les régions économiquement faibles du pays, où le «chômage chronique encourage le ressentiment envers les immigrants que l'on perçoit comme des concurrents pour les emplois et que l'on accuse de taxer l'économie.»
(Mémoire : Associations for New Canadians)

De nombreux Canadiens mesurent leur acceptation des immigrants selon une échelle, dont les ressortissants anglo-celtiques, français et du nord de l'Europe occupent le haut, les personnes originaires du sud et du centre de l'Europe le milieu, et les Asiatiques et les Antillais le bas (Berry, Kalin et Taylor, 1977). Les membres des groupes situés au bas de cette échelle, c'est-à-dire les minorités visibles du Canada, font face à des rebuffades journalières — au travail, en ce qui concerne le logement et l'éducation, dans les médias et sur la rue. Tant que la recherche n'aura pas réussi à établir un lien causal entre la discrimination et les troubles mentaux, il sera difficile d'imaginer que l'expérience du rejet ne menace pas la santé mentale.

... Le problème de la santé mentale au Canada est dû en grande partie à un racisme systémique modéré dans toute notre société. Certes, il n'est pas de nature aussi évidente et extrême que dans le passé. Cela dit, le racisme qui demeure est assez puissant pour inciter les personnes appartenant à des minorités visibles à toujours se méfier des conséquences les plus dures des préjugés et de la discrimination. Selon nous, c'est la représentation individuelle de cette plaie raciste qui est à la base des problèmes psychosociaux manifestés par les immigrants et les réfugiés.
(Mémoire : Herberg et Herberg)

Changements d'attitude possibles

Les mémoires soumis par des organismes communautaires et les études formelles suggèrent trois grandes stratégies pour modifier l'attitude des Canadiens envers les immigrants de telle manière qu'elle reflète les politiques canadiennes.

L'éducation par l'intermédiaire de programmes scolaire constitue un moyen très efficace d'améliorer les relations interethniques; cependant, les résultats ne se feront sentir qu'à long terme.

Un certain nombre de commissions scolaires, d'écoles et d'enseignants partout au pays ont manifesté leur intention ferme de promouvoir la compréhension de toutes des cultures en classe, et continuent de le faire. Leur expérience démontre, ce que confirme la recherche, que les programmes multiculturels ont le plus de succès :

- si on les introduit dès le jeune âge;
- si on les oriente sur les activités multiculturelles;
- s'ils sont pris en charge par des enseignants qui ont eux-mêmes été éveillés à l'existence de plusieurs cultures.

Les activités multiculturelles qui visent plus particulièrement les élèves les plus jeunes et animées par des professionnels servent un objectif double en ce qui a trait à la santé mentale des immigrants. D'une part, elles permettent aux enfants du groupe dominant d'accepter et d'apprécier les autres, et ainsi de grandir avec moins de préjugés raciaux.

D'autre part, elles aident les enfants appartenant à des groupes minoritaires à cultiver l'estime de soi (Chapitre 9).

L'éducation du public peut aider à améliorer l'accueil que l'on fait aux immigrants. On a vu des efforts louables pour décrire les avantages mutuels qui peuvent découler des rapports entre immigrants et pays hôte et faire mieux comprendre le contexte culturel des migrants. Par exemple, les titres de journaux tels «Les immigrants créent des emplois» mettent l'accent sur les avantages économiques que nous tirons de nos politiques d'immigration; en outre, les séquences sur les souffrances des personnes qui demandent l'asile renforcent les sentiments humanitaires sur lesquels repose l'admission de réfugiés. La question demeure à savoir si ces messages rejoignent des personnes autres que celles déjà converties. Un journaliste à exprimé l'avis que «tant à [le ministre d'État pour l'Immigration] et ses subordonnés n'auront pas abandonné leur ignorance volontaire de l'ampleur du racisme chez les Canadiens, il est peu probable que leur programme publicitaire aura des répercussions visibles sur les attitudes du public face à l'immigration». (Malarek, 1987, p. 79) Sur une note plus positive, il convient de combiner les conclusions de recherches avec de bonnes techniques de commercialisation pour en arriver à bien informer le public.

Les politiques et la législation aux niveaux provincial, municipal et communautaire peuvent mettre un terme aux torts causés par des attitudes négatives.

Il est possible de légiférer sur le comportement du public, mais on ne peut qu'influer sur ses sentiments. Plusieurs mémoires soumis au Groupe de travail ont noté que les programmes scolaires de relations raciales, les politiques équitables de logement au niveau des municipalités ou les décisions de la Commission des droits de la personne aident toutes à améliorer le traitement des immigrants. Idéalement, les politiques visant le comportement devraient être complétées par des programmes éducatifs conçus pour assurer que tous comprennent bien l'esprit et la lettre de la loi et les acceptent. Les politiques de relations raciales adoptées par l'Ontario et le district scolaire no 36 de Surrey en Colombie-Britannique sont de bons exemples de législation constructive. Il reste qu'en général les efforts de modification du comportement n'ont pas visé les changements d'attitude.

Le gouvernement fédéral doit jouer un rôle limité mais essentiel en ce qui a trait au changement de l'attitude envers les immigrants, par des politiques visant les provinces et les municipalités. Il est en mesure de faciliter les recherches qui doivent servir à prendre des décisions judicieuses et à mettre sur pied des programmes d'éducation du public.

Comme le conclut un document de travail de la Fondation Ford (1983), «tant que l'on n'entreprendra pas de recherche élémentaire sur le sujet et que les résultats de ces recherches ne seront pas distribués sur une grande échelle, il sera difficile d'établir un cadre pour des politiques opportunes et de faire accepter ces dernières.»

Le gouvernement fédéral peut se transformer en modèle du comportement désiré, par le biais de décisions politiques relevant de sa propre juridiction — par exemple, en mettant sur pied des politiques d'égalité d'emploi. Les politiques qui connaîtront du succès au palier gouvernemental serviront d'exemple concret pour leur prise en considération à d'autres niveaux.

Quelle que soit la question abordée, les communications du gouvernement fédéral aux organismes nationaux tel le Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes et aux organismes fédéraux-provinciaux, telle la conférence sur les ressources éducatives, peuvent présenter une perspective sur les immigrants. Dans les cas où des subventions fédérales ou des ententes de subventions partagées sont en cause, le mandat sans équivoque d'Ottawa est d'aborder les préoccupations de tous les Canadiens, qu'ils soient nés au pays ou à l'étranger.

Conclusion

L'orientation qu'affiche la société hôte envers les nouveaux arrivants compte parmi les facteurs les plus importants qui déterminent si l'expérience de la migration sera positive ou négative. L'attitude des gouvernements et de la population en général établit le contexte émotif dans lequel les immigrants s'auto-examinent et doivent décider de la manière d'agir. Toute hostilité perçue ne peut qu'engendrer de l'hostilité dans les deux communautés, celle de la société hôte et celle des communautés d'immigrants, ce qui est susceptible de déboucher sur un accroissement des problèmes mentaux pour tous. Si l'on peut identifier, évaluer et manipuler les facteurs déterminants, il sera possible d'atteindre l'objectif

d'une société pluraliste sur le plan culturel, en faveur de la diversité.

Nous qui nous trouvons déjà au pays tirons des leçons des nouveaux arrivants et y réagissons. Au cours de ce processus nous changeons, tout comme eux. La migration crée un stress, attribuable à l'adaptation, chez les membres de la société hôte tout comme chez les nouveaux arrivants. Compte tenu du fait que l'adaptation à de nouveaux arrivants peut être très stressante, il est possible que la société hôte réagisse par l'hostilité. Le climat résultant, dans lequel ils ne se sentent pas les bienvenus, accroît les risques de frustration et de mauvais équilibre mental courus par les immigrants ce qui, en retour, risque d'accroître l'intensité de la réaction au sein de la société hôte. Pour ces raisons, toute politique publique ou programme orienté vers les besoins de santé mentale des immigrants et des réfugiés doit aussi tenir compte des besoins de la population générale. Il s'agit d'une vision interactive de la manière dont les gens font leur chemin dans une société pluraliste. Elle attire l'attention non seulement sur les besoins de santé mentale des immigrants qui doivent s'adapter à une nouvelle société, mais aussi aux besoins des personnes nées au Canada qui doivent s'adapter à une société en changement.

La population hôte doit comprendre les changements qu'implique l'immigration et les accepter, et il est possible de combler ce besoin, en partie du moins, au moyen de mesures pour éduquer le public et des programmes scolaires. Dans les deux cas, les ojectifs devraient cerner :

a) les avantages de la nature pluraliste de la société canadienne, ainsi que les politiques fédérales et provinciales conçues pour maintenir ce niveau de pluralité;

b) le rôle historique de l'immigration dans l'érection de la société canadienne et la contribution de gens issus de diverses cultures;

c) les valeurs d'ordre humanitaire et le respect des droits de l'homme qui reposent sur des politiques canadiennes;

d) les problèmes que connaissent normalement les immigrants et les réfugiés avant et après le processus de migration;

e) l'éveil au fait que les préjugés et les manières discriminatoires sont possibles chez tout le monde, même sans intention;

f) la conscience du fait que les préjugés raciaux nuisent à l'auteur autant qu'à la victime.

Armés de ces connaissances, les Canadiens pourraient s'adapter plus facilement aux immigrants et, par conséquent, aider ces derniers à ressentir un accueil positif. Le Groupe de travail recommande qu'**Emploi et Immigration Canada, le ministère des Communications et le Secrétariat d'État accroissent les efforts d'éducation du public en ce qui a trait aux avantages tirés de la pluralité culturelle, à la contribution des immigrants à la société canadienne, aux difficultés auxquelles font face les nouveaux arrivants et aux effets des préjugés raciaux sur les auteurs et les victimes.** Un comité interministériel formé de fonctionnaires supérieurs des divers ministères concernés devrait, en consultation avec les groupes communautaires ethnoculturels, recommander l'augmentation des subventions, faciliter l'introduction de nouveaux programmes d'éducation du public et surveiller les progrès accomplis dans ce domaine.

L'immigration continuera de faire partie des politiques canadiennes et les immigrants, de la vie au Canada. Si les écoliers d'aujourd'hui comprennent leurs camarades immigrés et les acceptent, l'accueil favorable des immigrants dans le futur éloigné en sera d'autant plus assuré. Les programmes préscolaires, élémentaires et secondaires devraient consacrer plus d'attention aux thèmes relevés pour l'éducation du public. Les ministères provinciaux responsables de l'éducation devraient appuyer ces efforts, avec le soutien d'Emploi et Immigration Canada, de Santé et Bien-être social Canada et du Secrétariat d'État.

Les changements d'attitude positifs se produiront lentement au sein de la population adulte et se manifesteront chez les enfants lorsqu'ils atteindront eux-mêmes l'âge adulte. D'un autre côté, il est possible d'amener des changements positifs dans le comportement du public, plus particulièrement en ce qui concerne les enfants. Par conséquent, nous recommandons que **le Secrétariat d'État, en collaboration avec les ministères provinciaux responsables de l'éducation, encourage les conseils scolaires à adopter des politiques multiculturelles et de relations raciales semblables à celles qui ont déjà connu des succès dans le contexte canadien, et qu'il leur accorde son appui dans cette voie.** Cette recommandation devrait être mise à l'ordre du jour de la prochaine conférence fédérale-provinciale sur les ressources humaines en éducation, pour y être appliquée.

Le succès et la rentabilité des politiques de relations raciales et des programmes éducatifs reposent sur l'évaluation précise des problèmes qu'ils visent à corriger. Le Groupe de travail reconnaît, de manière générale, qu'il existe non seulement une carence de programmes éducatifs et de politiques visant à améliorer l'accueil des immigrants, mais aussi qu'il est nécessaire de recueillir plus de renseignements sur la manière dont on peut modifier les attitudes et le comportement le plus efficacement possible. L'abolition du racisme constitue en soi un but qui en vaut la peine pour toute société vraiment pluraliste. Cependant, le mandat du Groupe de travail porte sur l'état de santé mentale des nouveaux arrivants. Il semble inconcevable que les préjugés ne portent pas atteinte à la santé mentale; toutefois, les données empiriques qui pourraient servir à établir le lien entre ces deux facteurs sont nettement insuffisantes, comme l'est notre connaissance de la manière dont la discrimination peut entraîner la mauvaise santé mentale.

Emploi et Immigration Canada, Santé et Bien-être social Canada et le Secrétariat d'État devraient octroyer des fonds à un programme de recherches d'envergure, dont le but serait d'établir le niveau, la nature et les sources de préjugés au Canada. Les efforts de recherche devraient aussi tenter d'établir le lien entre les préjugés et la discrimination d'une part et la santé mentale des immigrants et des réfugiés au Canada d'autre part.

Il est possible d'amasser des renseignements, d'élaborer des politiques et de mettre au point des programmes précis qui permettront aux Canadiens hôtes de s'adapter à la venue de nouveaux arrivants et de les accueillir. Le Groupe de travail souhaite affirmer la certitude que de tels efforts déboucheront sur des avantages mutuels. Comme l'a déclaré le Dr Hung-Tat Lo dans son mémoire, «un environnement où la discrimination et la xénophobie font place au respect mutuel et à la diversité culturelle ne peut être que plus sain pour tous.»

Chapitre 2 :

Établissement et soutien social

État de la question

Pour recommencer leur vie dans un nouveau pays, les migrants ont besoin d'une assistance sur le plan pratique, d'appuis sur le plan psychologique et d'une grande énergie. Les immigrants et les réfugiés qui ne parlent pas la langue du pays hôte ou qui, à cause de leur race ou de leur appartenance ethnique, se voient devenir l'objet de pratiques discriminatoires, ont souvent besoin d'assistance spéciale au cours de la période d'établissement.

Les migrants arrivant au Canada disposent de plusieurs sources d'assistance et de soutien : parents et amis, groupes communautaires ethnoculturels, et organismes de services sociaux et de soins de santé. La quantité et la qualité des appuis qu'ils reçoivent, en réalité, de ces sources éventuelles influent directement sur leur santé mentale.

Rôle de la famille et des amis

Les documents de référence utilisés et les mémoires présentés au Groupe de travail mettent l'accent sur le soutien psychologique fourni par la famille en tant que moyen de promouvoir le bien-être et d'éviter les troubles émotifs. La Family Service Association of Metropolitan Toronto l'a décrit en ces termes : «l'appui des membres de la famille constitue un apport incalculable au processus de rétablissement.»

On définit la «famille» de plusieurs manières. Dans de nombreuses cultures, la famille désigne l'ensemble des personnes qu'on appelle «la parenté» au Canada, c'est-à-dire les cousins et cousines, oncles et tantes, neveux et nièces. Dans les sociétés industrialisées comme le Canada, l'intensité des rapports entre frères et soeurs et entre les parents et leurs enfants tend à décroître avec le temps, alors qu'ils gardent toute leur puissance dans de nombreuses sociétés, même après le mariage.

Peu importe leur âge, les membres de la famille nucléaire, soit les parents et leurs enfants, et la famille étendue, c'est-à-dire les grands-parents, les oncles, les tantes et lescousins, jouent un rôle important dans la vie des uns et des autres. La séparation peut engendrer un vide émotif, financier ou politique. L'Association for New Canadians cite trois cas de femmes battues qui «n'auraient peut-être pas atteint ce niveau de gravité... si les membres de la famille étendue s'étaient trouvés au Canada avec les immigrants concernés». Dans ces cas, il semblait probable que la famille étendue aurait fourni l'appui émotif nécessaire et renforcé les normes culturelles, ce qui aurait permis une forme de dissipation plus constructive des tensions intra-familiales que la violence physique qui a porté ces cas à l'attention des autorités. Les migrants qui ont la chance de jouir de la présence de leur famille étendue bénéficient d'une ressource psychologique susceptible de faciliter leur adaptation à une nouvelle vie, particulièrement au cours des premières années de leur rétablissement.

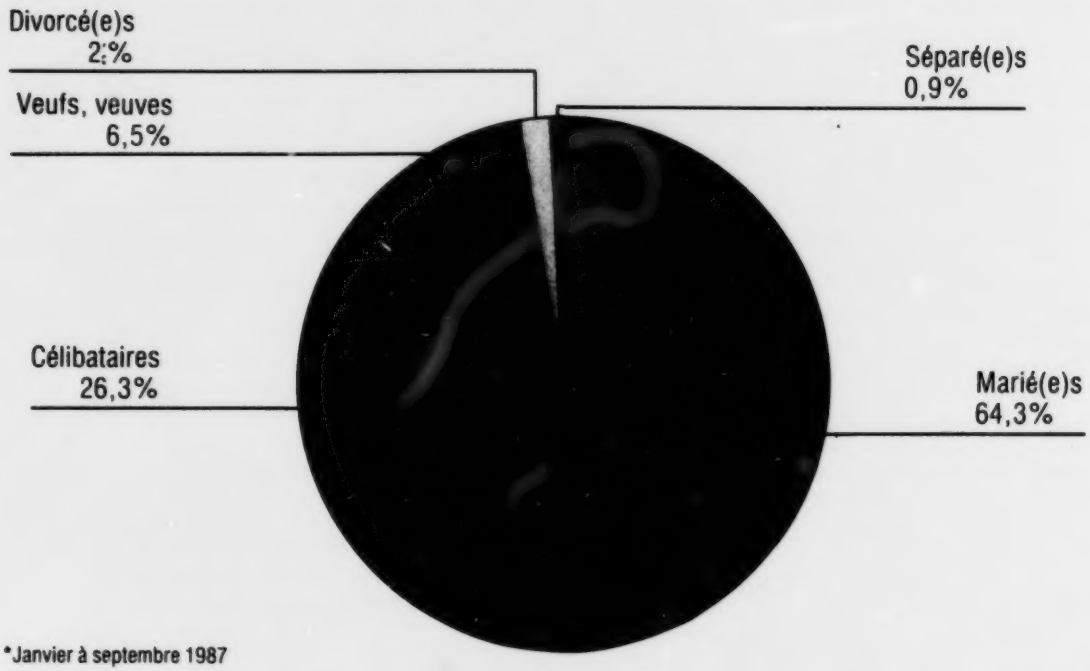
Les personnes qui ont été séparées de leur famille à cause d'événements échappant à leur contrôle, de nombreux réfugiés par exemple, se trouvent dans une situation doublement menaçante : non seulement sont-elles privées de sources d'appui possiblement importantes pendant une période difficile de leur existence, mais elles se soucient aussi du bien-être des êtres chers qu'elles ont laissés derrière elles. Cette situation peut engendrer un niveau de stress qui mène à l'angoisse et à la dépression.

Comme l'indique la figure 2.1, plus de 35 p. 100 des adultes qui ont immigré au Canada entre 1978 et 1987 étaient célibataires, veufs ou veuves, divorcé(e)s ou séparé(e)s.

Figure 2.1

Distribution des immigrants âgés de 20 ans et plus selon leur état civil

Canada 1978-1987*



*Janvier à septembre 1987

Le fait de se retrouver après une période de séparation n'entraîne pas toujours des résultats positifs. Les époux qui ont vécu loin l'un de l'autre pendant de longues périodes sont susceptibles de trouver difficile de se réajuster.

Néanmoins, même les couples réunis surmontent mieux en général les effets du stress de l'adaptation que les immigrants célibataires ou séparés (Mémoire : Ontario Welcome House). L'étude sur le rétablissement de 1 300 nouveaux arrivants en provenance du Sud-Est asiatique produite par l'Université de Colombie-Britannique a conclu que l'angoisse et la dépression frappaient plus souvent les personnes célibataires, séparées, veuves ou divorcées que celles qui vivaient avec leur conjoint; en outre, on a enregistré une amélioration de l'état de santé mentale des personnes qui ont retrouvé leur conjoint ou qui se sont mariées au cours des deux années qu'a durées l'étude.

Les amitiés aussi sont importantes, à tel point qu'elles peuvent servir de substitut à des relations familiales manquantes (Kurien, 1980). De telles amitiés surgissent le plus souvent entre personnes du même groupe ethnoculturel; toutefois, il ressort d'un certain nombre de mémoires soumis au Groupe de travail que les relations entre les immigrants et les Canadiens hôtes de diverses appartenances culturelles sont aussi «susceptibles de réduire grandement le sentiment d'esseulement et d'aliénation sociale que ressentent souvent les immigrants» (Mémoire : Kingston and District Immigrant Services).

> ***Un appui soutenu aux programmes d'accueil pour les réfugiés, qui encouragent les gens à venir personnellement en aide aux nouveaux arrivants, constitue une manière rentable de mettre des mécanismes de soutien à la disposition des personnes qui ont des problèmes de santé mentale ou qui sont susceptibles d'en connaître au cours de la période de rétablissement ou après. Il est important de bien former les hôtes, afin qu'ils comprennent bien les problèmes éventuels et qu'ils ne réagissent pas de manière inopportune à des comportements anormaux.***
> ***(Mémoire : Centre for Research and Education in Human Services and Kitchener-Waterloo Refugee Co-ordinating Committee)***

Les programmes de parrainage et d'accueil ont facilité l'entrée d'immigrants et de réfugiés au Canada et, grâce à eux, il a été plus aisé pour ces personnes d'obtenir une aide concrète pendant les premières années du rétablissement. Bien que l'importance de ces programmes ne soit plus à démontrer, on n'a pas accordé suffisamment d'attention à l'influence profonde que les actions des hôtes et des parrains peuvent avoir sur la santé mentale des immigrants. Des recherches ont montré que toute pression tendant à l'adoption de la religion du parrain crée un stress chez les nouveaux arrivants, qui se sentent à la fois reconnaissants et dépendants (Kitchener-Waterloo Council of Churches, 1988; Beiser, 1988). Ce stress est susceptible de dégénérer en troubles émotifs. Il est possible que la pression exercée par les hôtes ne soit ni manifeste ni même consciente : quelquefois, la reconnaissance de la personne réfugiée la porte à croire qu'on attend d'elle qu'elle se convertisse, et c'est cela, plutôt qu'une action ou une parole particulière de l'hôte, qui engendre le stress.

Le stress est aussi attribuable à d'autres situations. Il arrive souvent que les réfugiés sont d'avis que leurs parrains s'immiscent trop dans leurs vies familiales, alors que ces derniers croient simplement rendre service. Malgré les problèmes potentiels, les programmes d'accueil et de parrainage de réfugiés peuvent, s'ils sont bien menés, contribuer puissamment à prévenir des troubles émotifs. Certaines études ont démontré que les parrainages qui se transforment en amitiés durables sont favorables à la santé mentale.

Certains des programmes d'accueil pour les réfugiés d'EIC publient des informations visant à sensibiliser les hôtes aux besoins et à la culture des nouveaux arrivants, mais de telles informations sont nécessaires pour canaliser la générosité de tous les hôtes et de tous les parrains.

La communauté ethnoculturelle

Comme le fait remarquer le Conseil multiculturel du Nouveau-Brunswick, non seulement les communautés ethniques locales se chargent-elles d'accueillir les nouveaux arrivants dans un pays avec lequel ils ne sont pas familiers, mais aussi elles «aident à remplacer les réseaux familial et social perdus qui sont si importants pour le bon équilibre mental». Les communautés ethnoculturelles fournissent une partie de l'aide concrète et du soutien psychologique offerts par la famille étendue dans les cultures traditionnelles et par les organismes de services au Canada.

Les recherches ont démontré à maintes reprises que les immigrants et les réfugiés, qui se réinstallent dans une région où leur groupe ethnique a déjà constitué une communauté solide, éprouvent moins de troubles psychiques que les migrants qui ne disposent pas d'une telle communauté à l'image de leur ethnie, et qu'ils sont beaucoup moins susceptibles que ces derniers d'être hospitalisés pour cause de troubles mentaux. Le soutien psychosocial qu'offre la communauté ethnique est particulièrement crucial au cours des premières phases du rétablissement. L'étude de l'U.B.C. sur le rétablissement des réfugiés a comparé les taux de dépression chez les réfugiés d'origine chinoise établis à Vancouver, où la communauté chinoise existe de longue date, et chez les réfugiés d'origine vietnamienne et laotienne qui ont dû créer leur propre communauté à leur arrivée ici. Le risque de développement de troubles dépressifs était trois fois plus élevé chez les Vietnamiens et les Laotiens que chez les Chinois (Beiser, 1988).

Pour les personnes originaires des pays du Sud-Est asiatique, l'unité sociale qu'est la communauté ne le cède en importance qu'à la famille. La communauté offre un appui officieux à tous ses membres dans toutes leurs activités, ce qui fait la différence entre le soutien de la communauté de l'Asie du Sud Est et le système de soutien institutionalisé.
(Mémoire : S.E.A.R.C.O.M.)

Les communautés viables présentent une caractéristique importante, à savoir l'équilibre numérique entre les personnes de sexe féminin et celles de sexe masculin. Certaines communautés d'immigrants comportent beaucoup plus d'hommes que de femmes ou vice-versa. Par exemple, près de deux fois plus d'hommes que de femmes ont immigré d'Éthiopie depuis 1980. Au cours de la même période, on enregistrait régulièrement un nombre plus élevé de femmes que d'hommes en provenance de la Jamaïque. Les implications sur le plan de la santé mentale de telles communautés «anormales» varient selon l'état civil, les caractéristiques culturelles et la situation financière des individus en question. Il faudrait toutefois accorder la priorité aux demandes d'immigration produites au titre de la réunification de la famille par les membres de ces communautés anormales ou déséquilibrées.

Les travaux de recherche suggèrent qu'en plus d'aider les nouveaux arrivants sur le plan pratique, les communautés ethniques aident à protéger leur état de santé mentale surtout en affirmant leur identité culturelle et leur personnalité. Par exemple, les institutions religieuses renforcent la foi personnelle, qui peut amortir le stress (Mémoire Immigrant Women's Group of P.E.I.). L'utilisation de la langue maternelle soulage les pressions et la fatigue dues au fait de devoir recourir constamment à la traduction. Les loisirs et les activités culturelles permettent aux immigrants de «se laisser aller» et «d'être eux-mêmes».

L'année dernière, nous avons ouvert un club doté d'un certain nombre d'installations qui permettent aux gens de notre communauté de se rencontrer et de nouer des rapports. Nous nous sommes aussi occupés de l'organisation et de la coordination de certains programmes que nous considérons comme très importants pour nos compatriotes : des cours de langue érythréenne, afin d'enseigner à nos enfants la langue Tigrigna, ainsi qu'un club de soccer, qui fait partie de la Soccer League et la Soccer Association du Manitoba. Nous avons mis sur pied un groupe culturel qui nous aide à préserver notre patrimoine et qui nous donne l'occasion de participer à des manifestations culturelles.
(Mémoire : Eritrean Community in Winnipeg Inc.)

Dans les cas où il n'existe pas de communauté ethnique viable, les problèmes du rétablissement et de l'adaptation sont susceptibles de poser des défis de taille aux immigrants et aux organismes de services.

Il est important d'encourager et de stimuler les organismes d'entraide et l'émergence de chefs de file au sein des communautés. Chaque groupe ethnoculturel compte des personnes qui possèdent des aptitudes à jouer le rôle de chef de file et, dans certains cas, ces personnes s'imposent spontanément lorsqu'il s'agit de guider et de conseiller les membres de la communauté.

La plupart des activités étaient dirigées, au départ, par des travailleurs des services sociaux et de santé mentale. Cependant, avec le temps, certaines personnes ont pris l'initiative de lancer des activités et d'assumer le rôle de chef de file, si bien que la communauté assume un plus grand nombre de responsabilités et les groupes ressemblent à des modèles d'entraide plutôt qu'à des modèles thérapeutiques et éducationnels gérés sous les auspices du service social.
(Mémoire : Bureau catholique d'immigration de l'archidiocèse de Toronto)

Bien que les chefs de file fassent leur apparition parfois spontanément, il est aussi possible d'en stimuler l'émergence par des programmes de formation qui renforcent les aptitudes innées et les mettent à profit (Mémoire : Inter-Church Committee for Refugees). De nombreux programmes décrits dans le Chapitre 6 dépendent des qualités de chef de file des membres de groupes ethnoculturels.

Le Secteur du multiculturalisme du Secrétariat d'État contribue de manière positive à la formation de systèmes de soutien et d'organisations ethniques ainsi qu'à l'émergence de chefs de file, en finançant des programmes sociaux multiculturels, des activités culturelles particulières à chaque ethnie, des programmes de langue héritée et des projets de développement culturel des minorités visibles. Le financement fédéral pour ces domaines est à la fois généreux et souple, les groupements de femmes, les enfants et les adolescents faisant l'objet d'une attention spéciale. Le Groupe de travail encourage la poursuite du financement de ces activités et presse les autorités de financer plus largement les activités menées par les groupes minoritaires qui se sont constitués récemment et qui sont moins bien organisés.

La politique canadienne sur le multiculturalisme, qui met l'accent sur l'intégration à la société étendue de même que sur la valorisation de l'héritage culturel, entérine un principe et, simultanément, suggère des initiatives importantes en matière de santé mentale. Si les personnes de la même appartenance ethnique demeurent souvent dans les mêmes quartiers, font leurs emplettes dans les mêmes magasins, placent leurs enfants dans les mêmes écoles et font leurs dévotions dans les mêmes églises, car le fait de vivre ensemble procure un sentiment de soutien mutuel, cela peut, à l'extrême, aboutir à couper ces personnes de la langue, des institutions et des occasions offertes par la société étendue. Et l'isolement qui en résulte peut engendrer un risque pour la santé mentale. Aussi, les programmes qui visent l'épanouissement des communautés ethniques devraient être mis au point de concert avec d'autres programmes dont l'objectif est de promouvoir l'interaction avec tous les aspects de la société canadienne.

Services d'aide à l'établissement

Les services d'orientation prémigratoire et d'établissement peuvent contribuer à une réduction du stress et faciliter l'adaptation.

Des programmes d'orientation prémigratoire sont réclamés par les immigrants, les organismes de services et les gouvernements, et les chercheurs les préconisent également.

> ***Le pays d'accueil dans le cas qui nous occupe, le Canada devrait être en mesure d'offrir à l'immigrant et au réfugié, avant la migration proprement dite, une information abondante et à jour sur les conditions sociales, économiques et culturelles du pays. Le fait de mieux connaître les lois canadiennes, ainsi que les services offerts par le Canada et le fonctionnement de sa bureaucratie, atténuerait les inquiétudes et encouragerait la formation d'attentes plus réalistes.***
> ***(Mémoire : Conseil multiculturel du Nouveau-Brunswick)***

Un certain nombre d'initiatives visant à offrir des services d'orientation prémigratoire sont en cours. La CEIC a produit une bande vidéo et une brochure en polonais, en collaboration avec des immigrants polonais, et les a distribuées outre-mer à des immmigrants polonais potentiels. Un programme semblable, à l'intention des ressortissants de pays d'Amérique centrale et d'Amérique du Sud, en est à ses premières phases de mise au point. Un projet pilote en Thaïlande, subventionné par la CEIC par le truchement du Comité central mennonite, procure des services d'orientation, de formation linguistique et une certaine formation de base.

Nous invitons la CEIC à continuer d'offrir des brochures d'orientation dans la langue de la personne qui fait une demande d'immigration, et aussi à tenir compte des compétences linguistiques lorsqu'il s'agit d'embaucher, d'affecter ou de transférer des fonctionnaires au pays ou à l'étranger. Compte tenu du fait que les agents d'EIC sont souvent les premiers Canadiens que rencontrent les immigrants, il est très important que, quel que soit leur niveau de connaissance de la langue, ces agents connaissent suffisamment la culture et la sensibilité des personnes qu'ils interviewent, pour pouvoir prendre des décisions équitables en elles-mêmes et aux yeux de ces personnes. La CEIC devrait collaborer avec des professionnels des domaines de

la communication transculturelle, de l'éducation des adultes et du rétablissement des immigrants afin d'évaluer les programmes de sensibilisation à la culture actuellement offerts aux agents.

Les services d'établissement des immigrants constituent «un lien avec le courant principal ou la société d'accueil, et leurs efforts influent profondément sur l'établissement, l'adaptation et le degré de participation à long terme des immigrants et des réfugiés au Canada». (Mémoire : Alberta Association of Immigrant Servicing Agencies)

Le Groupe de travail a reçu de la part de membres d'organismes de services, dont un bon nombre sont eux-mêmes des immigrés, de nombreuses descriptions des services d'accueil, d'orientation, d'interprétation et de counseling qu'ils offrent. Comme c'est le cas pour les communautés ethnoculturelles, les organismes d'aide aux immigrants jouent aussi un rôle majeur en ce qui concerne le soutien aux personnes qui développent des problèmes de santé mentale (Chapitre 6). En outre, leur aide pendant la période d'établissement se révèle extrêmement précieuse en ce qui a trait à la promotion de la santé mentale et du bien-être psychique, «même pour les personnes qui sont parfaitement adaptées au Canada». (Mémoire : Edmonton Immigrant Services Association)

Les organismes et communautés ethniques partout au pays se sont déclarés unanimement en faveur de la valorisation des services d'établissement.

Les organismes ont besoin d'un plus large appui pour pouvoir aller au-devant des intéressés et mettre sur pied des programmes qui offriront un soutien dès le départ.
(Mémoire : Woodgreen Red Door Family Shelter, Refugee Referral Office and Refugee Housing Unit)

La longueur du processus d'établissement varie selon les personnes; par conséquent, le financement doit être proportionnel à l'ampleur du besoin.
(Mémoire : South East Asian Service (S.E.A.S.) Centre)

Élaborer une politique d'immigration sans prévoir les services de soutien et de maintien nécessaires équivaut à jeter de l'huile sur le feu et à compromettre tout objectif à long terme que les soins psychosociaux préventifs pourraient viser à l'avenir.
(Mémoire : Centre portugais de référence et de promotion sociale)

Une grande partie des fonds destinés aux services d'établissement provient du Programme d'établissement et d'adaptation des immigrants (PEAI) d'Emploi et Immigration Canada. Depuis l'exercice financier 1983–1984, les fonds octroyés en vertu du PEAI sont passés de 3,14 à 5,9 millions de dollars. Cependant, la CEIC continue de refuser d'allouer un financement de base pour les organismes dispensateurs de ces services. Dans un certain sens, cette distinction est académique : si le PEAI devait cesser de distribuer des fonds pour des services particuliers, la grande majorité des organismes de services aux immigrants cesserait d'exister. D'un autre côté, la politique officielle de la CEIC a de graves conséquences. Les énergies du personnel et des clients sont sapées par le temps employée à présenter des demandes de fonds pour le financement d'innombrables programmes de courte durée et à produire des rapports sur ces derniers, de même que par l'angoisse ressentie à chaque année au moment de la demande de fonds.

Le tableau 2.1 illustre le financement des ser-vices aux immigrants dans les cinq provinces qui ont admis le plus grand nombre d'immigrants en 1986. Ce tableau révèle un grave déséquilibre dans les sommes dépensées pour le soutien des services aux immigrants : 226 $ par immigrant au Manitoba, mais 8,76 $ seulement en Colombie-Britannique. Certaines provinces, telle l'Alberta, collaborent étroitement avec le gouvernement fédéral pour aider financièrement les organismes d'établissement.

D'autres provinces, telle la Colombie-Britannique, expriment ouvertement leur refus de subventionner des services qui, selon elles, relèvent de la compétence fédérale. Les fonds accordés par chaque municipalité varient aussi selon le nombre d'immigrants qui demeurent dans la ville et le nombre de problèmes concernant des immigrants rapportés aux autorités municipales. Ainsi que l'affirme un mémoire, le financement municipal tend à être de nature plus corrective que préventive.

Tableau 2.1

Appui financier accordé aux services d'aide aux immigrants par les cinq provinces qui admettent le plus d'immigrants*

Canada 1986

	Aide provinciale (approx.)	Nombre d'immigrants admis	Dépense par immigrant	Population totale	Contribution par habitant
Manitoba	850 000 $	3 749	226,73 $	1 071 232	,79 $
Québec	2 500 000 $	19 475	128,37 $	6 540 276	,38 $
Alberta	1 200 000 $	9 677	124,00 $	2 375 278	,50 $
Ontario	4 700 000 $	49 663	94,64 $	9 113 515	,52 $
Colombie-Britannique	110 000 $	12 556	8,76 $	2 889 207	,04 $

Tiré de « Cultures West » (Bulletin d'information de l'Affiliation of Multicultural Societies and Service Agencies of B.C.), 5(4):3.

Les conséquences de l'acceptation du principe de la juridiction exclusive ou au contraire, de celui de la collaboration fédérale-provinciale, ne se limitent pas à des répercussions politiques et budgétaires à court terme.

> *Il faut renforcer les services [d'établissement], et il faudrait suivre les immigrants pendant une certaine période, de manière à ce que ces personnes «ne se trouvent pas prises dans les zones grises» qui existent entre divers systèmes de services. Il convient d'appuyer fortement l'établissement de relations étroites entre, d'une part, les travailleurs qui s'occupent de l'établissement et, d'autre part, les travailleurs oeuvrant dans le cadre des programmes de soins de santé et de services sociaux provinciaux.*
> *(Mémoire : Immigrant Women's Association of Manitoba, Inc.)*

La collaboration entre les gouvernements fédéral et provinciaux en ce qui concerne les services d'établissement permet d'espérer une amélioration de l'état de santé mentale des immigrants ainsi que des économies à long terme pour les ministères provinciaux.

Les services sociaux et de soins de santé provinciaux ont un rôle important à jouer en matière d'établissement et d'adaptation des immigrants. Il devrait en être de même au niveau fédéral. Santé et Bien-être social Canada, la CEIC et le Secrétariat d'État devraient prendre la responsabilité du bien-être des nouveaux arrivants. À l'heure actuelle, Santé et Bien-être social Canada joue un rôle limité dans ce domaine.

Santé et Bien-être social Canada et ses homologues provinciaux pourraient contribuer à la santé et au bien-être de plusieurs manières différentes. Les nouveaux arrivants qui n'ont pas fait l'objet d'un examen médical prémigratoire effectué par un médecin accrédité auprès de Santé et Bien-être social Canada devraient être examinés par un médecin à leur arrivée. Cette initiative devrait être appuyée par les ministères appropriés. En outre, à leur arrivée, tous les immigrants devraient subir une évaluation psychosociale, administrée de préférence par des personnes compétentes faisant partie des organismes de services aux immigrants et financés par Santé et Bien-être social Canada ou son homologue provincial approprié (Chapitre 6). La couverture des soins médicaux et dentaires devrait être élargie; à l'heure actuelle, ne sont couvertes que les urgences et les crises aiguës.

Les sections relatives aux mesures correctives et aux besoins spéciaux proposent d'autres modalités que pourrait revêtir l'action de Santé et Bien-être social Canada pour contribuer au bien-être des immigrants.

Conclusion

Assurer un financement suffisant et stable des organismes de services aux immigrants, promouvoir la réunification rapide et intégrale des familles, et procurer des services efficaces d'orientation prémigratoire, ce sont là les trois manières les plus sûres de faciliter l'adaptation.

Il est important de reconnaître le rôle central que jouent les organismes de services aux immigrants dans le cadre du rétablissement, car l'instabilité et l'insécurité du financement compromettent leur efficacité. Le groupe de travail recommande que **la CEIC, Santé et Bien-être social Canada et le Secrétariat d'État assurent le financement de base des organismes de services aux immigrants, afin de garantir leur existence à long terme**. Ce financement devrait être proportionnel au nombre d'immigrants qui demeurent déjà dans la région et au nombre de nouveaux arrivants. On devrait prévoir un financement à court terme pour les projets pilotes et les services particuliers qui visent à combler des besoins pressants. Les services dispensés par les organismes de services aux immigrants peuvent être complétés de manière rentable, notamment, par la familiarisation des hôtes et des parrains de réfugiés et d'immigrants avec le processus de rétablissement ou par l'extension de la période de temps au cours de laquelle on dispense des services officieux (de nature autre que monétaire).

Parallèlement à l'accueil des réfugiés, la réunification de la famille doit continuer d'être le critère prioritaire d'admissibilité au Canada. Nous recommandons que **la CEIC modifie sans retard inutile les critères d'admission pour tenir compte d'une définition plus large de la famille, et révise promptement les procédures d'admission pour accélérer le processus de la réunification de la famille**. Les critères financiers, applicables aux ententes de parrainage conjoint devraient être évalués et on devrait envisager l'extension de ce programme.

Il ne faut pas oublier les migrants qui n'ont que peu de famille au Canada, ou pas du tout. Il faut encourager la mise en oeuvre des programmes qui visent à assortir des immigrants et des réfugiés n'ayant que peu de parents, à des familles de même appartenance ethnoculturelle, pour autant que cela réponde aux voeux des migrants eux-mêmes. Il serait possible d'orienter les réfugiés vers les régions où sont établies des communautés de même appartenance ethnoculturelle. Dans les cas où de telles communautés n'existent pas, il faudrait encourager leur constitution, par le truchement des programmes existants de préservation de la culture, subventionnés par le Secrétariat d'État. Il faut étendre la portée de ces programmes, plus particulièrement ceux qui ont trait à la formation de chefs de file. Il faut encourager les programmes d'hôtes et de parrainage conjoint et en suivre l'évolution. Il faut initier convenablement les hôtes et coparrains à la culture des nouveaux arrivants qu'ils ont choisi d'aider, les renseigner sur l'expérience de rétablissement et sur la manière dont leurs actions peuvent influer sur la santé mentale des nouveaux arrivants. Les hôtes et les coparrains peuvent avoir besoin d'aide pour s'acquitter de leurs importante responsabilités. Il faut prévoir des ressources d'appoint à cette fin.

L'orientation prémigratoire est une idée plutôt récente, et elle constitue peut-être même une entreprise «à grand risque et à potentiel élevé». Si des services d'orientation prémigratoire étaient disponibles, de nombreuses activités d'orientation effectuées par les organismes de services aux immigrants pourraient être simplifiées et il serait possible de réduire le temps passé à conseiller les immigrants qui font l'expérience traumatisante de l'adaptation à une nouvelle culture. Par conséquent, le Groupe de travail recommande que **la CEIC mette au point une série de programmes d'orientation prémigratoire en collaboration avec les organismes de services aux immigrants et les groupes ethnoculturels, et en assure la diffusion dans les camps de réfugiés et les ambassades du Canada à l'étranger**. Parmi les sujets traités, il faut prévoir l'emploi, le logement, l'éducation, le climat, l'enseignement des langues, l'adaptation psychologique et les relations sociales et culturelles.

Chapitre 3 :

Apprentissage des langues officielles

État de la question

Il est impossible de vraiment s'adapter à une culture si on n'en connaît pas la langue.

Les problèmes découlant des carences en matière linguistique ont fait l'objet de plus de 30 mémoires présentés au Groupe de travail. «De nombreux problèmes sociaux et de santé sont directement attribuables au fait que des individus ont le sentiment d'être des «marginaux» plutôt que des membres à part entière de la société». (Mémoire : Immigrant Women's Association of Manitoba, Inc.)

Outre le sentiment d'isolement et de solitude qu'il impose, le fait de ne pas connaître la langue a des répercussions indirectes sur la santé mentale. Les personnes nouvellement établies au Canada qui ne peuvent s'exprimer ni en anglais ni en français sont moins susceptibles de trouver un emploi que celles qui peuvent utiliser ces langues (Chapitre 4). Il est probable que les nouveaux arrivants qui, malgré leur handicap linguistique, réussissent à se trouver un emploi, seront sous-employés et occuperont des postes dont le niveau est inférieur à celui auquel ils pourraient aspirer en raison de leur niveau de formation. Le chômage et le sous-emploi sont tous deux des facteurs de risque en matière de santé mentale.

Les migrants qui ne parlent pas une langue couramment sont doublement menacés. Tout en étant plus susceptibles que leurs homologues qui parlent anglais ou français de développer des problèmes de santé mentale, ils retirent aussi moins d'avantages du système de soins de santé mentale (Chapitre 5). Ils sont moins susceptibles de faire appel aux services de soins mentaux et, dans le cas où ils se font traiter, ils sont plus susceptibles d'abandonner prématurément ou d'enregistrer des résultats non satisfaisants.

Bien qu'il existe de nombreux programmes d'apprentissage linguistique à l'intention des immigrants et des réfugiés, des critères restrictifs empêchent certaines personnes d'y participer. D'autres problèmes, notamment, les horaires de cours rigides

et l'instabilité du financement, contribuent à réduire l'efficacité potentielle de ces programmes.

Étendue du problème

Au cours de la dernière décennie, les immigrants ne parlant ni l'anglais ni le français représentaient une moyenne annuelle de 43 p. 100 de tous les immigrants arrivant au Canada.

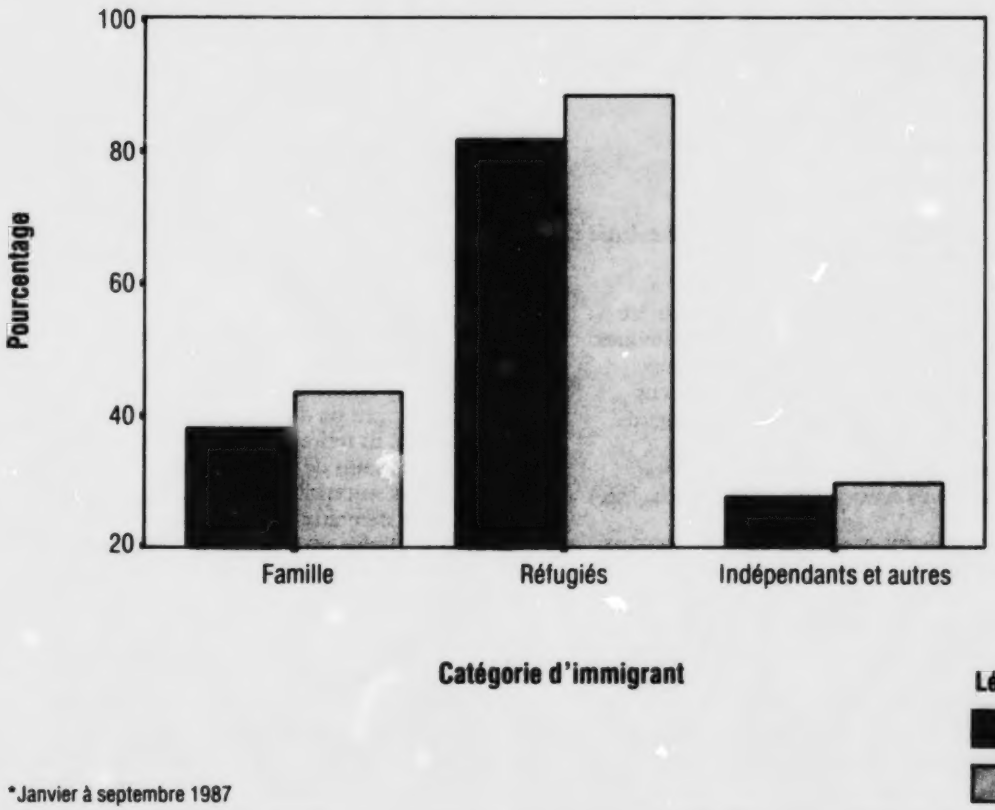
Comme l'illustre la figure 3.1, les réfugiés sont moins susceptibles de parler l'une des langues officielles du Canada que les immigrants admis au titre de la réunification de la famille ou les immigrants indépendants. Dans l'ensemble, plus de femmes que d'hommes arrivent au Canada sans savoir parler l'anglais ni le français.

L'ampleur du problème varie selon les provinces. Plus de la moitié des immigrants à desti-nation du Manitoba entre 1979 et 1986 ne pouvaient s'exprimer ni en anglais ni en français. (Source : Manitoba Provincial Immigration and Settlement)

Figure 3.1

Pourcentage des immigrants et immigrantes de chaque catégorie d'immigration qui ne parlent ni l'anglais ni le français

Canada 1978-1987*



*Janvier à septembre 1987

Le nombre moyen de nouveaux arrivants au Canada qui ne parlent pas l'anglais est resté plus ou moins constant; cependant, ce nombre a subi une augmentation constante en ce qui concerne l'Alberta.

Le nombre d'immigrants qui arrivent sans parler un mot d'anglais est passé de 40 p. 100 en 1982 à 53 p. 100 en 1983 et à 61,4 p. 100 en 1984. Parmi les réfugiés admis au Canada au cours des dernières années, environ 85 p. 100 ne parlaient pas du tout l'anglais avant leur arrivée. En outre, de nombreux immigrants qui, d'après les statistiques d'immigration, connaissent la langue anglaise ont besoin de suivre des cours d'anglais supplémentaires pour pouvoir fonction-ner sur le marché du travail.
(Mémoire : Alberta Immigration and Settlement services)

Politiques actuellement en vigueur

L'*Acte de l'Amérique du Nord britannique* stipule que l'éducation est de juridiction provinciale. Par conséquent, le gouvernement fédéral se décharge de ses responsabilités en matière d'apprentissage linguistique des immigrants par le biais d'ententes fédérales-provinciales.

Les programmes d'apprentissage des langues subventionnés par le gouvernement fédéral (anglais langue seconde et français langue seconde) sont actuellement administrés par le Secrétariat d'État et la CEIC.

1. Programme de cours de langue aux fins d'adaptation au marché du travail offert par la CEIC.

En vertu de l'option Intégration professionnelle de la planification de l'emploi, la CEIC dispense des cours de langue aux immigrants adultes et aux Canadiens d'origine incapables de trouver un emploi directement ou indirectement lié à leur occupation ordinaire, à cause de l'insuffisance de leur connaissance de l'une des deux langues officielles.

C'est principalement par le biais de l'achat de places de stagiaires que le gouvernement fédéral favorise l'enseignement des langues. Le gouvernement fédéral achète des places de stagiaires des provinces et des institutions d'enseignement privées, suivant les priorités établies par des comités d'évaluation des besoins. Les provinces embauchent alors des enseignants qui donnent les cours de langue seconde. En règle générale, ces cours se donnent à temps complet, et les étudiants qui satisfont à un certain nombre de critères ont droit à des allocations de formation ou à des prestations d'assurance-chômage. Bien qu'admissibles à des cours de langues, les personnes qui rentrent dans la catégorie de la famille et dans celle des parents aidés n'ont pas droit à l'allocation de formation. Cependant, elles peuvent recevoir des suppléments d'allocation familiale pour subvenir à la garde des enfants, des indemnités de frais de séjour à l'extérieur du foyer et des allocations de subsistance.

Par suite des afflux considérables de réfugiés enregistrés au cours des dernières années, on a étendu la portée des cours de langues. En 1978, il y avait 2 000 places de stagiaires; on en comptait plus de 14 000 en 1987. On a assoupli également les critères d'admissibilité pour inclure les travailleurs non spécialisés incapables de trouver un emploi ou de s'inscrire à des cours de formation professionnelle sans connaissance préalable de l'une des deux langues officielles.

2. Programme de cours de langue aux fins de développement d'aptitudes offert par la CEIC.

Certains projets à l'intention des immigrants, subventionnés par le truchement des programmes Intégration professionnelle et Développement de l'emploi et de l'option Réintégration de la CEIC, comportent aussi une composante d'apprentissage linguistique. Ce genre de cours de langue n'est pas vu comme un remplacement aux cours à plein temps; il s'agit plutôt de cours complémentaires pour des immigrants qui doivent atteindre un niveau supérieur de maîtrise de la langue ou qui doivent acquérir une connaissance pratique de la terminologie propre à une occupation particulière.

3. Programme de formation linguistique en vue de l'établissement de la CEIC.

En 1986–1987, la CEIC a mis sur pied le Programme de la formation linguistique en cours de langue en vue de l'établissement (PFLE), projet pilote conçu pour satisfaire aux besoins des immigrants adultes, surtout les femmes, qui ne se destinent pas au marché du travail. Ce programme de cours était souple, des garderies étaient disponibles et les dépenses faites par les participants étaient remboursées, lorsque cela semblait approprié. Une

somme de 1 million de dollars a été allouée à ce programme pour 1987–1988, ce qui représente le montant correspondant au projet pilote.

4. Programme de formation linguistique et d'instruction civique (FLIC) du Secrétariat d'État.

À l'exception du Nouveau-Brunswick, toutes les provinces et les deux territoires ont signé avec le gouvernement fédéral des ententes relatives aux cours de formation linguistique et d'instruction civique (FLIC). En vertu de ces ententes, le Secrétariat d'État paie la moitié des salaires des instructeurs embauchés pour enseigner les langues aux personnes qui souhaitent acquérir leur citoyenneté canadienne. Les cours ont lieu à temps partiel et aucune allocation n'est prévue. En outre, le Secrétariat d'État rembourse aux provinces jusqu'à 100 p. 100 des frais d'impression du matériel éducatif utilisé dans le cadre de ces cours de langue.

5. Programme de participation civique et communautaire (PPCC) du Secrétariat d'État.

Le programme PPCC subventionné par le Secrétariat d'État comporte une composante d'apprentissage linguistique. Le PPCC remplace le Programme d'intégration culturelle autrefois financé par la Division du multiculturalisme.

Problèmes

Le caractère restrictif des critères d'admissibilité représente la limitation la plus sérieuse des programmes d'apprentissage linguistique financés par le gouvernement fédéral.

Compte tenu du fait que la politique actuelle concentre les efforts sur les immigrants qui se destinent au marché du travail, de nombreuses femmes et bien des personnes âgées immigrantes n'ont pas droit aux programmes d'apprentissage linguistique, plus particulièrement ceux qui relèvent de la Planification de l'emploi. En 1986, 87 p. 100 des immigrants, mais 49 p. 100 seulement des immigrantes, étaient classifiés comme destinés au marché du travail et, par conséquent, étaient admissibles aux allocations de formation de la Planification de l'emploi.

Le projet pilote du Programme formation linguistique en vue de l'établissement, qui vise à répondre aux besoins linguistiques des non-travailleurs, a produit des résultats très positifs, plus particulièrement en ce qui a trait aux immigrantes. Comme le rapport l'Association for New Canadians, ce programme représente «une aide précieuse» aux immigrants qui ne se présenteront pas sur le marché du travail, mais qui doivent posséder une connaissance pratique de la langue qu'ils entendent parler constamment autour d'eux.

Les évaluations et les recommandations inadéquates et incohérentes sont la plaie des programmes d'apprentissage linguistique, même pour les immigrants admissibles.

Au cours du processus d'évaluation, on ne tient souvent aucun compte des antécédents des immigrants, de leurs objectifs d'apprentissage et de leurs besoins d'établissement. Le choix du niveau des cours est souvent le fait de fonctionnaires qui ne peuvent pas communiquer avec leurs clients, et la complexité des options d'apprentissage (exigences d'admission différentes, critères de transferts qui ne sont pas normalisés) rend pratiquement impossible la planification par les immigrants de leur propre éducation.

L'assistance et les conseils que reçoivent les immigrants semblent varier selon les régions et même, parfois, selon les conseillers. Dans certains cas, mais pas toujours, un seul membre de la famille a droit aux cours de langues. De même, il arrive qu'on informe les immigrants sans emploi qu'ils doivent parler l'anglais ou le français pour se trouver un emploi «convenable».

Il faut faire précéder l'apprentissage linguistique par une évaluation professionnelle et holistique du client, ainsi que de sessions de counseling. Les Teachers of English as a Second Language (TESL, Canada, 1982) ont recommandé l'établissement de centres de counseling où l'on pourra procéder à des évaluations sensibles et produire des recommandations éclairées et cohérentes. Le Catholic Social Services of Edmonton et le Calgary Immigrant Aid, deux centres d'évaluation linguistique et professionnelle subventionnés par le gouvernement provincial, sont des modèles précieux en ce qui concerne la mise en oeuvre de cette recommandation.

Le manque de coordination dans la planification des programmes a débouché sur une utilisation inefficace et un gaspillage des ressources. Alors que

dans certains programmes on a dû écarter des personnes admissibles, on assiste, dans d'autres, à une sous-utilisation des ressources disponibles pour l'apprentissage linguistique.

Les cours de langues sont dispensés sous de multiples formes, depuis les cours à temps complet de 36 semaines en institution jusqu'aux classes volontaires ou les cours privés à la maison pendant des périodes relativement courtes. Le contenu de ces programmes est tout aussi varié, car il dépend de la source de financement, de la clientèle pour laquelle le programme a été conçu et de l'instructeur.

Le véritable problème ne résulte pas des différences de programmes, mais plutôt de l'absence de planification et d'objectifs d'ensemble. En fait, le besoin d'une souplesse encore plus grande se fait sentir à la fois en ce qui concerne la structure et le contenu des programmes; il faut surtout une souplesse accrue qui tienne compte de la formation antérieure, des besoins immédiats et des aspirations personnelles de la clientèle.

- L'heure et le lieu des cours, que ce soit en matinée, en soirée ou au cours de la pause midi au travail, doivent être fixés de façon souple.
- Les programmes de formation professionnelle existants pourraient être améliorés par la CEIC et les ministères provinciaux compétents par l'ajout de composantes d'enseignement linguistique.
- On devrait rechercher également une «synergie» en ce qui concerne les objectifs de tous les programmes; par exemple, les cours de langue seconde pourraient être jumelés à des cours sur le rôle parental ou les aptitudes à la vie quotidienne.
- Les programmes d'apprentissage linguistique doivent être souples en ce qui concerne le niveau de difficulté; par exemple, ils pourraient aller depuis les cours élementaires pour dépanner les nouveaux arrivants au cours de la première phase de leur rétablissement jusqu'à des cours plus avancés orientés vers des activités professionnelles.

Les modèles d'apprentissage linguistique du gouvernement du Québec, taillés sur mesure pour convenir aux besoins et objectifs individuels, constituent un exemple que l'on pourrait suivre ailleurs au pays.

En fin de compte, le gouvernement fédéral doit assumer une plus grande part de responsabilité pour assurer l'efficacité des programmes de formation qu'il subventionne.

> *Les critères de succès en matière d'enseignement de la langue seconde devraient être reliés à la capacité des immigrants de fonctionner adéquatement au sein de la collectivité, de profiter des services offerts, et de résoudre des problèmes par eux-mêmes. Cela suppose une plus grande souplesse dans la démarche suivie et les méthodes utilisées, ainsi que la durée des cours de langue seconde. En outre, les provinces devraient avoir à justifier, entre autres, leurs dépenses financées par des paiements de transfert au titre des programmes d'enseignement de langue seconde et du matériel éducatif; on devrait aussi les inciter à appuyer des programmes de langue seconde plus innovateurs. (Mémoire : Centre for Research and Education in Human Services and Kitchener-Waterloo Refugee Co-ordinating Committee)*

En assumant directement ou indirectement un rôle de coordonnateur, le gouvernement fédéral pourrait s'assurer que les occasions existantes d'apprentissage linguistique sont mises à profit au maximum; que les idées innovatrices sont communiquées à toutes les institutions qui accueillent des groupes semblables, et que les sommes dépensées pour l'apprentissage linguistique favorisent effectivement la connaissance des langues.

À cause de l'instabilité du financement, les administrateurs de programmes ont de la difficulté à attirer, à former et à garder des personnes compétentes.

Selon le niveau de financement disponible, les cours de langues peuvent être donnés par des personnes qui ne possèdent pas de qualification officielle pour ce faire, ou par des diplômés d'études supérieures en pédagogie. Les programmes qui jouissent d'un financement adéquat et relativement stable attirent évidemment les instructeurs les plus qualifiés. Il est encore plus important que ces instructeurs demeurent à leurs postes et que leurs clients puissent profiter des avantages combinés de l'expérience personnelle et des compétences acquises au travail.

Comme l'ont relevé de nombreux mémoires, les compétences acquises par les enseignants dans l'exercice de leur profession sont d'une importance

cruciale pour l'adaptation et l'intégration de leurs étudiants.

On peut repenser le travail de l'éducateur qui, jadis instructeur de langue, serait désormais éducateur au service du rétablissement des immigrants. Au lieu de voir surtout en l'immigrant un étranger qui ne connaît pas notre langue et nos coutumes, nous pouvons choisir de voir en lui un membre de notre communauté humaine nouvellement arrivé, qui a choisi de se joindre à nous afin de construire une meilleure société pour toutes les personnes qui vivent ici. Il faut que nous voyions chez les stagiaires immigrants moins ce qui leur manque que ce qu'ils possèdent déjà
(Mémoire : Sauvé)

Qualifications des instructeurs de langue : Étant donné qu'il s'agit de personnes qui entrent en contact avec les immigrants dès les premières phases de leur rétablissement, les instructeurs de langue seconde sont quelquefois perçus aussi comme des conseillers. Par conséquent, ils se trouvent en bonne position pour identifier les immigrants qui risquent de développer des problèmes d'ordre émotionnel.

Il faut prendre un certain nombre de mesures pour permettre aux instructeurs de langue seconde de remplir leur tâche principale, c'est-à-dire de dispenser le savoir linguistique dans les meilleures conditions possibles, sans même parler de la nouvelle responsabilité qui leur incomberait de jouer le rôle de surveillants de l'état de santé mentale des stagiaires. Chaque instructeur devrait être accrédité de façon officielle en fonction de ses qualifications et de son expérience. Il faudrait que les ministères responsables de l'éducation établissent des normes, avec l'appui de la CEIC et du Secrétariat d'État. Les instructeurs de langue seconde devraient être formés en vue de pouvoir identifier les signes de trouble mental et de soumettre les recommandations opportunes. Il faut qu'en matière de santé mentale, les immigrants disposent d'un système continu de consultations.

Il faut aussi garantir la stabilité du financement, afin de rendre plus efficaces les cours de langue, en permettant aux administrateurs comme aux instructeurs d'améliorer les programmes, selon ce que leur dicte leur expérience. À l'heure actuelle, on n'utilise pas du tout les évaluations de nombreux programmes de langue, car ces programmes sont trop courts.

Enfin, un financement stable permettrait d'entreprendre des recherches pertinentes et on pourrait faire profiter des résultats de celles-ci les programmes qui en avaient fait l'objet. Il faut réunir des données empiriques à partir de programmes stables d'enseignement de langue, pour pouvoir résoudre certains problèmes, notamment pour déterminer la meilleure manière d'enseigner la langue afin de l'adapter à un emploi particulier ou la méthode la plus efficace pour que des personnes illettrées dans leur langue maternelle puissent apprendre une langue seconde.

Conclusion

L'égalité d'accès aux programmes officiels d'apprentissage des langues devrait être assurée à tous les immigrants, selon leurs besoins, de manière à leur permettre de s'intégrer à la société canadienne et de contribuer à son développement.

Nous recommandons que **la CEIC assure l'égalité d'accès aux programmes officiels d'apprentissage des langues, que les personnes qui en font la demande soient ou non destinées à entrer sur le marché du travail.**

Des allocations de formation de base devraient être octroyées quelle que soit la catégorie d'immigration à laquelle appartiennent les personnes qui font la demande de cours.

Le nombre de places de stagiaires achetées dans chaque province devrait être proportionnel aux besoins à long terme des immigrants, de même qu'aux niveaux actuels d'immigration.

Des arrangements souples devraient être prévus pour assurer que les enfants sont sous bonne garde pendant que leurs parents assistent aux cours de langue.

Il faut aussi que ces programmes eux-mêmes soient variés quant à la forme et au contenu.

Le Groupe de travail recommande que la CEIC, en collaboration avec le Secrétariat d'État, assouplisse les programmes officiels d'apprentissage des langues, en ce qui a trait au niveau de maîtrise visé; les objectifs du contenu du cours; la durée du programme; le calendrier des heures de cours et les lieux où ils sont dispensés.

Chapitre 4 :

Emploi

État de la question

Les gens travaillent pour gagner leur vie. Cependant, dans une société axée sur le succès comme l'est la société canadienne, le travail a aussi une valeur symbolique : pour avoir de la valeur, il faut être un membre productif qui contribue au développement de la société. Étant donné que le respect de soi, c'est-à-dire la manière dont nous nous voyons nous-mêmes reflète la vision que les autres ont de nous, les gens qui ne travaillent pas ou qui ne peuvent pas travailler, se sentent souvent dévalués. Cette menace à la dignité personnelle rend les gens vulnérables aux troubles mentaux. L'augmentation des taux de dépression, d'alcoolisme et de suicides pendant les périodes de récession économique ou chez les personnes qui ont perdu leur emploi par suite de perturbations économiques circonscrites dans l'espace permet de mesurer l'ampleur des répercussions néfastes du chômage sur le plan psychologique. Les effets du chômage ne se limitent d'ailleurs pas à ceux-là seuls qui ne peuvent trouver d'emploi. Les familles dans lesquelles le chef de famille est sans emploi présentent des taux plus élevés que la moyenne en ce qui concerne les femmes battues, les enfants maltraités et les foyers brisés.

Bien que le chômage constitue un risque de problèmes psychologiques pour chacun, les immigrants et les réfugiés y sont particulièrement vulnérables. Les changements dans la structure des courants migratoires au Canada ont influé sur le taux de participation des immigrants au marché du travail. Alors que jadis, notre pays faisait appel au Royaume-Uni, aux États-Unis et aux pays d'Europe continentale pour combler ses besoins de main-d'oeuvre, les vagues récentes d'immigrants et de réfugiés ont entraîné un afflux de travailleurs d'Asie, d'Afrique et d'Amérique latine (voir figure 0.3). L'intégration de ces «nouveaux» immigrants se trouve souvent retardée à cause du manque de formation ou d'expérience professionnelle appropriée pour le marché du travail canadien. Généralement, les derniers à être embauchés et les premiers à être renvoyés, les immigrants connaissent un taux de chômage plus élevé que celui de l'ensemble de la

population. Tenus à l'écart de nombreux emplois à cause de leurs carences en matière linguistique ou sur le plan de la formation professionnelle, ou par l'effet de pratiques d'embauche discriminatoires, nombre d'immigrants se trouvent obligés d'accepter des emplois au bas de l'échelle, dans lesquels leur statut marginal les rend faciles à exploiter. Les immigrants qui possèdent une formation scolaire ou professionnelle supérieure se voient dans l'impossibilité de trouver un emploi correspondant à cette formation; le sous-emploi qui en résulte est un grand facteur de risque de troubles émotifs.

Outre les souffrances psychologiques endurées par les immigrants et les réfugiés en raison du chômage et du sous-emploi, on remarque que le pays d'accueil s'en trouve lui-même pénalisé. Des personnes qui auraient pu et dû devenir des ressources humaines importantes pour le Canada doivent trop souvent se tourner vers l'assistance publique. Elles font aussi appel au système de soins de santé, parce que leur statut marginal compromet leur santé physique et psychologique.

Prospectives d'emploi pour des groupes particuliers

Le chômage, le sous-emploi et l'insécurité d'emploi provoquent des conditions de stress chronique chez les immigrants, plus particulièrement durant les périodes de récession économique. Certaines catégories d'immigrants se trouvent désavantagées, dans leur lutte pour trouver un emploi, par leur race, leur sexe ou leur âge.

Les immigrants de la catégorie des «minorités visibles»,c'est-à-dire ceux dont les caractéristiques raciales les distinguent de la majorité des Canadiens, font l'expérience des mêmes pratiques d'embauche discriminatoires qui mettent les Canadiens de naissance appartenant aux minorités visibles en situation désavantagée sur le marché du travail. Le document intitulé ***Cap sur l'égalité*** (1986), la réponse au Rapport du Comité parlementaire sur les droits à l'égalité, ainsi que le rapport Abella (1982), décrivent des mesures qui permettraient de contrer les injustices fondées sur la race et d'éliminer la discrimination au travail.

Les adolescents immigrants qui cherchent un emploi rencontrent souvent des obstacles beaucoup plus difficiles à surmonter que ce n'est le cas pour les adolescents nés au Canada ou les immigrants adultes. Le Chapitre 9 traite des répercussions des perturbations de la scolarité et des carences linguistiques sur les perspectives d'emploi des adolescents immigrants.

Les femmes qui immigrent ne sont pas seulement victimes des mêmes injustices que doivent subir sur le marché du travail les femmes nées au Canada; nombre d'entre elles sont destinées à des emplois particulièrement marginaux car, en raison du fait qu'elles ont été admises au Canada au titre de la réunification de la famille, on considère qu'elles ne possèdent pas, ou presque pas, d'expérience de travail à l'extérieur du foyer. Le Chapitre 10 traite des répercussions de ce statut sur les occasions d'emploi et, portant, sur la santé mentale des immigrantes.

Les immigrants âgés qu'un travail n'attend pas à leur arrivée sont moins susceptibles de trouver un emploi que les immigrants adultes plus jeunes ou les Canadiens d'origine de même âge. Compte tenu du fait qu'en vieillissant, on perd de ses facultés d'apprentissage et d'adaptation à une nouvelle culture, les immigrants âgés, comme le souligne le Chapitre 11, sont particulièrement vulnérables aux problèmes de santé mentale et physique attribuables au stress.

Un nombre disproportionné d'immigrants entrent sur le marché du travail par le biais d'emplois marginaux où les normes et les avantages sociaux varient considérablement. Ne connaissant que très peu, voire pas du tout, les lois canadiennes et craignant souvent que le fait d'être renvoyé signifie la déportation, le nouvel arrivant est particulièrement voué à l'exploitation.

Les immigrants qui se trouvent un emploi de domestique ou de travailleur de ferme, par exemple, sont susceptibles d'avoir à faire plus d'heures et de travailler dans des conditions plus défavorables que ce ne serait toléré dans les industries réglementées, souvent pour moins que le salaire minimum. Ils répugnent à se plaindre, parce qu'ils craignent de perdre leur emploi. Même s'ils désiraient le faire, très souvent il n'existe aucun organisme de réglementation auquel ils pourraient en appeler.

Les immigrants qui travaillent dans des industries à risques élevés, tels les mines et certains types d'usines, sont peut-être plus exposés que leurs camarades de travail canadiens, car ils ne comprennent pas bien les directives en matière de sécurité. En outre, les panneaux d'avertissement sont rédigés seulement en français ou en anglais. Il va de soi que les blessures physiques ont des

répercussions sur la santé mentale et celles-ci sont particulièrement graves pour les immigrants qui ne sont pas familiers avec la bureaucratie chargée de l'indemnisation des accidents du travail, ou qui ne peuvent pas négocier avec ces fonctionnaires.

Il faut que la CEIC, en collaboration avec les ministères provinciaux du Travail, réexamine les normes d'emploi, les mesures de santé et de sécurité au travail, ainsi que les procédures de plainte pour les domestiques, les travailleurs de ferme et d'autres emplois occupés par des immigrants et des réfugiés.

Sous-emploi chez les immigrants et les réfugiés

Étant donné que, dans une grande mesure, le marché du travail canadien dicte les politiques d'immigration du Canada, les personnes choisies s'attendent, à leur arrivée, à ce qu'elles puissent exercer les métiers qui correspondent à leur formation et leur expérience. Lorsque ces attentes ne sont pas comblées, la frustration s'installe, l'intéressé est coupé d'un cadre de travail familier, il se produit l'érosion des compétences et finalement, cela se traduit pour l'économie canadienne par uneperte de ressources humaines. En fait, l'adaptation professionnelle est peut-être plus importante pour la santé mentale que l'adaptation économique.

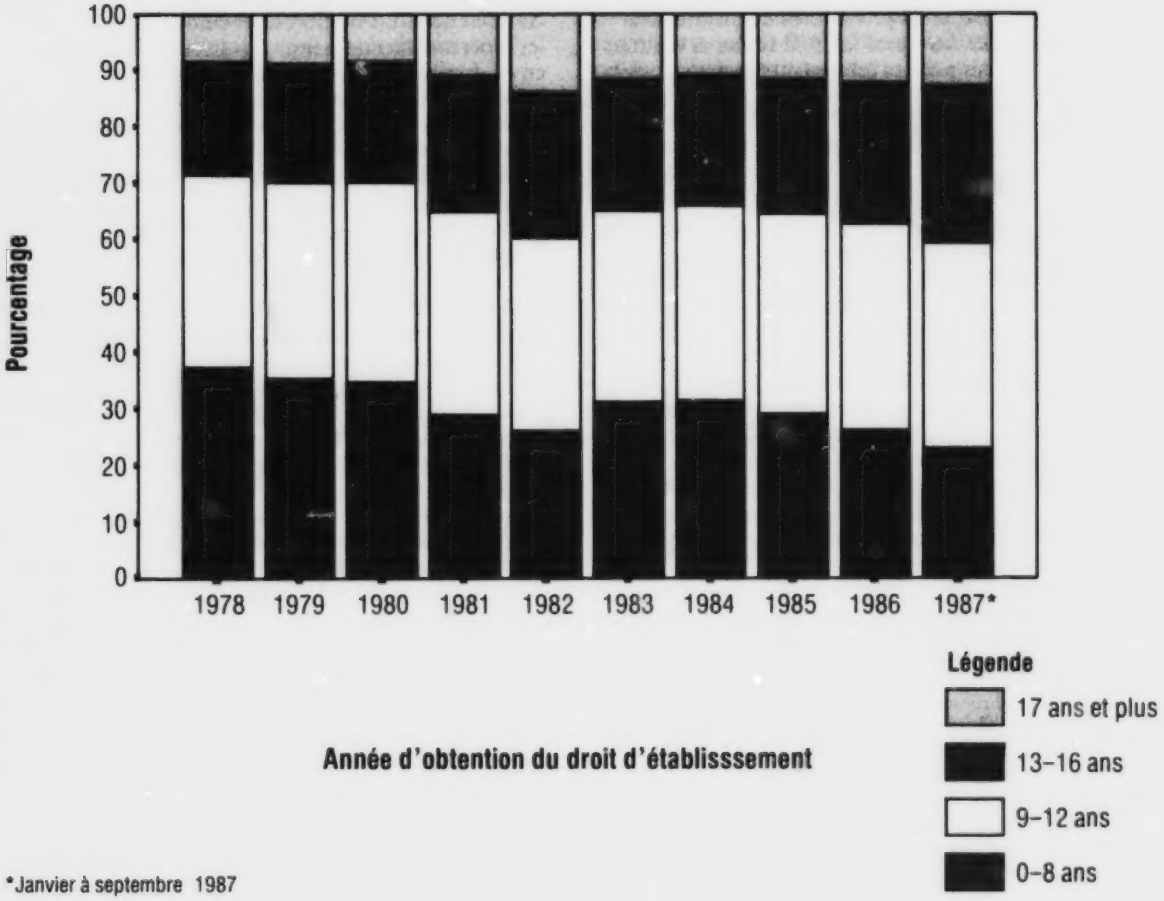
Le Canada peut éventuellement tirer profit d'un afflux d'individus qui ont déjà été formés ailleurs. Comme l'illustre la figure 4.1 à la page suivante, au cours de la dernière décennie, les gens qui possédaient une instruction post secondaire représentaient un tiers ou plus de tous les immigrants au Canada. Malheureusement, nombre d'entre eux ne parviennent pas à trouver, d'une façon ou d'une autre, d'emploi à la mesure de leurs compétences. De nombreux mémoires ont souligné les répercussions négatives des attentes insatisfaites en ce domaine sur les individus possédant une éducation ou des compétences techniques ou professionnelles de niveau supérieur.

De nombreuses personnes nouvellement arrivées au Canada, qui possèdent formation et aptitudes, n'ont pas l'occasion de s'initier à la société canadienne et d'y contribuer dans toute la mesure de leurs capacités. Elles sont obligées d'accepter des emplois subalternes pour pouvoir être financièrement autonomes... Me fondant sur des études récentes, je suis d'avis que, contrairement à la croyance populaire, les maladies attribuables au stress sont plus susceptibles de frapper les gens qui se trouvent au bas de l'échelle de l'emploi que ceux qui se trouvent en haut de cette échelle... Je crois que des études récentes établissent que l'état de santé est déterminé notamment par la position occupée dans la hiérarchie de l'emploi, et non seulement par le revenu.
(Mémoire : Kurol)

Figure 4.1

Années de scolarité des immigrants de 25 ans et plus selon l'année d'obtention du droit d'établissement

Canada 1978-1987*



*Janvier à septembre 1987

Les stéréotypes sexuels continuent de faire du marché de l'emploi un domaine où il est particulièrement difficile pour les femmes d'évoluer.

> ***Les femmes qui exerçaient des professions libérales et qui immigrent au Canada font face à des types de stress particuliers... [Elles] découvrent soudainement que les seuls emplois qui leur soient ouverts se trouvent dans le secteur du travail non spécialisé, puisque les universités canadiennes et les organismes professionnels ne reconnaissent pas leurs qualifications. Cette «dé-professionnalisation» porte un coup terrible au respect de soi de ces femmes. Par exemple, on rapporte des cas de médecins qui travaillent comme aide-ménagères dans des hôpitaux.***
> ***(Mémoire : Alberta/NWT Network of Immigrant Women)***

La Calgary Catholic Immigration Society a exprimé des inquiétudes quant aux stress psychologique dont souffrent leurs clients immigrants et réfugiés par suite de la perte de leur statut social et professionnel. Les immigrants et les réfugiés qui possèdent une formation technique et qui ne parviennent pas à la parité d'emploi ont démontré une vulnérabilité particulièrement grande aux stress du chômage. Le Immigrant Women's Group of P.E.I. a mentionné les problèmes découlant de l'impossibilité de trouver un emploi convenable à cause des obstacles à l'accréditation, et a soulevé la question à savoir si les organismes canadiens d'accréditation n'accordent pas trop d'importance aux règlements d'accréditation.

Obstacles à l'intégration aux métiers et professions

Le Comité ministériel sur les rapports entre les races de la province de l'Ontario (1987) a entrepris un examen en profondeur des conditions d'exercice des métiers et des professions. Cet examen visait à identifier les raisons pour lesquelles un si grand nombre d'immigrants sont incapables d'exercer le métier ou la profession qu'ils avaient choisi. Tout en mettant l'accent sur la nature provisoire de leurs conclusions, les auteurs indiquent que des obstacles de nature systémique et d'origine économique, culturelle et administrative ont peut-être des répercussions excessivement importantes sur les immigrants qui cherchent à pratiquer un métier ou à exercer une profession en Ontario.

Parmi les entraves les plus fréquentes à l'intégration aux métiers et aux professions, on retrouve les facteurs mentionnés ci-après.

1. Langue

On a cité comme entraves le manque d'accès à l'apprentissage des langues, le caractère inapproprié des modules de formation et le manque d'accès à des cours d'initiation au langage technique ou professionnel.

On a critiqué l'examen d'anglais langue seconde couramment utilisé (qui repose sur une norme américaine de 1951), en faisant remarquer qu'il est trop sévère. Cet examen mettrait trop l'accent sur la grammaire et pas assez sur la langue technique particulière à une occupation donnée.

2. Évaluation des qualifications académiques

Il est difficile d'évaluer de manière impartiale les qualifications académiques des immigrants formés à l'étranger. Les évaluations sont nécessairement teintées de subjectivité et, par conséquent, elles entraînent d'éventuelles injustices et une mauvaise compréhension des équivalences académiques de la part des membres des commissions d'examens professionnelles. Il existe un danger toujours présent que, lors de l'évaluation de qualifications académiques, les organismes professionels soient tentés davantage de défendre les intérêts de leurs membres actuels que d'assurer la parité. Il en résulte que de nombreux immigrants voient leurs qualifications amoindries.

3. Accréditation de l'expérience à l'étranger

De nombreux métiers et professions exigent une preuve d'expérience de travail au Canada avant d'accorder le droit d'exercice. Cela met les personnes formées à l'étranger dans une position difficile car elles ne possèdent pas l'expérience requise, tout en étant incapables d'obtenir les emplois qui leur permettraient de l'acquérir.

On interprète comme un obstacle le fait de ne pas reconnaître l'expérience à l'étranger en raison de l'absence d'un certificat. De nombreux travailleurs spécialisés formés à l'étranger l'ont été dans des pays qui n'accordent que peu d'importance à la

certification officielle. Dans certains cas, l'incapacité de produire des documents prouvant les années d'expérience empêche l'obtention du droit de pratique.

4. Examens

Il arrive souvent qu'il y a des limites au nombre de fois q'un requérant peut subir un examen. Certaines professions — profession d'infirmière, comptabilité, droit, — ne permettent pas aux personnes formées à l'étranger de subir des examens de certification avant d'avoir reçu une nouvelle formation. Cela pose des problèmes sur le plan économique et social. Pour de nombreux nouveaux arrivants, les frais qu'entraîne leur recyclage sont trop élevés. Les praticiens confirmés qui s'inscrivent à ces programmes de formation peuvent se trouver placés dans des situations d'apprentissage structurées qui les mettent mal à l'aise, aux côtés de jeunes étudiants qui commencent à peine à s'initier à la matière en question.

5. Discrimination de nature systémique

Des immigrants se sont plaints de ce que les barrières qui les empêchent d'exercer leur métier ou leur profession ont été délibérément dressées pour exclure du marché du travail le personnel formé à l'étranger. D'autres perçoivent les pratiques discriminatoires comme ayant des fondements culturels ou racistes.

6. Services de traduction et d'interprétation

La qualité médiocre de la traduction des documents a été citée comme l'une des raisons pour lesquelles l'équivalence n'est quelquefois pas accordée. La carence de services de traduction et d'interprétation est perçue comme un obstacle à l'intégration.

7. Considérations d'ordre pratique

De nombreux immigrants, plus particulièrement les réfugiés, se plaignent de la nécessité de présenter des documents originaux. Les réfugiés peuvent avoir perdu leurs documents alors qu'ils fuyaient ou qu'ils étaient dans des camps de réfugiés. À cause des bouleversements politiques dans leur pays d'origine, il est possible qu'ils ne puissent pas en obtenir de nouvelles copies. Certaines écoles étrangères n'existent peut-être plus, elles peuvent être difficiles à localiser ou elles peuvent tout simplement refuser de répondre aux demandes de copies officielles. De nombreux immigrants sont pénalisés par les délais et les coûts qu'entraîne la demande à leur pays d'origine pour obtenir les documents requis. Compte tenu de toutes ces difficultés, il n'est pas étonnant que de nombreux immigrants qui ont la chance d'être en possession de documents soient pour le moins réticents à en remettre les originaux aux organismes canadiens d'accréditation.

En somme, on a établi les critères de qualification pour l'intégration aux métiers et aux professions afin d'établir des normes, de réglementer les pratiques et de maintenir un équilibre entre le taux d'admission à la formation et les besoins du marché du travail. Les pratiques de réglementation des organismes professionnels et de métiers, qui reposent sur les normes canadiennes d'éducation et de formation, ne tiennent pas compte des personnes formées à l'étranger. Il faudra peut-être accorder une attention spéciale aux immigrants dont les qualifications ne correspondent pas exactement aux normes canadiennes pour qu'ils puissent obtenir la certification ou le permis nécessaire à l'exercice du métier ou de la profession choisi.

Avant que les immigrants puissent se qualifier pour exercer leur métier ou leur profession, ils doivent avoir accès à des programmes de formation. Les critères d'admission à ces programmes sont parfois aussi sévères que ceux des corps de métiers et des corporations professionnelles. La CEIC devrait, en étroite collaboration avec les ministères provinciaux de l'éducation et de l'éducation supérieure et avec les instituts de formation, travailler à l'établissement de critères plus souples et plus larges d'admission aux programmes de formation.

Les préposés à l'évaluation des qualifications de personnes formées à l'étranger sont sujets aux distortions attribuables à la subjectivité inhérente au processus en vigueur. Cependant, en l'absence de critères objectifs d'évaluation et face au manque généralisé de renseignements sur les équivalences relatives des systèmes éducatifs étrangers, il est impossible de contester les décisions parfois contradictoires des organismes professionnels en ce qui a trait aux demandes présentées par des immigrants.

En ce qui concerne ceux qui poursuivent leurs efforts au delà du seuil d'admission, les délais encourus pour l'obtention des équivalences, les exigences de formation, la preuve de l'expérience de travail au Canada et, enfin, les considérations

d'ordre financier prolongent le processus de manière indue. La coupure prolongée par rapport au cadre de travail désiré entraîne l'érosion des compétences, la perte du langage technique et l'amoindrissement de la confiance en ses propres capacités — tous des facteurs qui contribuent à élargir l'écart entre l'individu et la réalisation de ses objectifs professionnels.

Certaines initiatives gouvernementales récentes visant à répondre aux besoins de groupes particuliers d'immigrants et de réfugiés ont connu des succès remarquables. Au Québec, la Division scolaire et professionnelle du ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration s'inquiétait du gaspillage de ressources humaines qui résulte du sous-emploi et du stress psychologique que cela engendre chez les migrants dont le travail ne correspond pas à leurs compétences. Dans le cadre de son programme de réorientation, la Division se charge d'un certain nombre de tâches pour les immigrants, entre autres, déterminer l'équivalence nord-américaine de leurs diplômes, et arranger des cours spéciaux qui mènent à la réévaluation de leurs qualifications et à l'obtention du droit d'exercice. Le ministère octroie un appui financier à certains immigrants au cours de leur période de formation.

On a approuvé la production de 26 émissions éducatives télévisées en anglais de base, d'une durée d'une demi-heure chacune, dans le cadre des initiatives de la Planification de l'emploi, sous le parrainage conjoint de la CEIC et du Secrétariat d'État. On espère que le succès de ce projet en Ontario mènera à la mise sur pied de programmes de même nature ailleurs au Canada.

Le Groupe de travail a entendu une suggestion particulièrement innovatrice — que la CEIC envisage d'octroyer des subventions aux employeurs pour les inciter à embaucher un travailleur supplémentaire afin de contrebalancer, par un nombre égal d'heures-personnes, le temps passé en formation linguistique par les immigrants et les réfugiés pendant les heures de travail. Des frais administratifs associés aux coûts d'exploitation pourraient aussi servir à inciter les entreprises à tirer profit de projets pilotes de ce genre, qui auraient pour effet net de créer des emplois pour les membres de la population active qui sont sans travail, ainsi que pour les nouveaux arrivants.

Conseillers en placement

Tôt ou tard, la plupart des nouveaux arrivants entrent en relations avec un conseiller en placement. Trop souvent, il s'agit d'expériences démoralisantes qui entraînent une diminution du respect de soi. Les immigrants qui demandent de l'aide pour se trouver un emploi sont particulièrement vulnérables; ils sont susceptibles d'interpréter comme un rejet personnel et une preuve de racisme des manières brusques, des remarques qui manquent de délicatesse, un geste d'indifférence à l'énoncé d'une compétence qu'ils ont travaillé fort pour acquérir. Ils ont raison sans aucun doute, du moins dans certains cas.

Il faut procéder à un examen en profondeur des programmes d'orientation transculturelle à l'intention des conseillers en placement. Ce projet devrait être entrepris en collaboration avec des professionnels de la communication transculturelle, de l'éducation des adultes, et de l'établissement des immigrants. On devrait évaluer ces programmes sur la base du rendement des stagiaires, des connaissances qu'ils acquièrent et de la mesure dans laquelle ils développent les attitudes et le comportement désirés. Ces critères devraient faire partie des évaluations du rendement des stagiaires.

Emploi et Immigration Canada devrait étudier les possibilités de recruter des conseillers en placement au sein des communautés ethniques. La connaissance des langues maternelles et la sensibilité aux diverses cultures devraient être considérées comme des atouts à l'embauche. Il faudrait aussi tenir compte de ces aptitudes lorsqu'on place des conseillers ou qu'on les transfère.

Conclusion

La politique de l'immigration du Canada est en partie dictée par le désir d'admettre des gens qui possèdent une bonne éducation et une bonne formation et qui peuvent apporter une contribution à l'économie canadienne. Si nous admettons des gens selon ce principe, mais que nous ne parvenons pas à leur offrir l'occasion de mettre leurs aptitudes en pratique, nous rendons un mauvais service à ces personnes et nous nuisons aux intérêts nationaux. Cela entraîne le gaspillage des ressources humaines et met en danger la santé mentale.

Par conséquent, le Groupe de travail recommande **que la CEIC, Travail Canada et le Secrétariat d'État entament des négociations avec leurs homologues provinciaux pour établir des critères et des directives sur l'intégration des métiers et des professions des personnes formées à l'extérieur du Canada.**

Emploi et Immigration Canada devrait inciter le secteur privé à offrir plus de postes dans lesquels les immigrants et les réfugiés pourraient être formés durant les heures de travail, par le truchement de programmes d'équité en matière d'emploi. Le Conseil du Trésor, en collaboration avec la CEIC et le Secrétariat d'État, devrait promouvoir des politiques d'égalité d'emploi dans les secteurs public et privé. Il faudrait diffuser des renseignements sur les politiques et programmes existants.

Partie III :

Mesures correctives

Chapitre 5 : Le système officiel de soins de santé mentale 45
Chapitre 6 : Les soins de santé mentale hors du réseau officiel 57
Chapitre 7 : Formation des dispensateurs de services 65
Chapitre 8 : Les praticiens issus de groupes ethniques 71

Le système des soins de santé mentale au Canada regroupe, sans grande cohésion interne, deux types de services : 1) ceux qui sont officiellement mandatés pour ce faire, et 2) d'autres qui, bien que mis sur pied à d'autres fins, assurent le traitement et la réadaptation des personnes souffrant de troubles psychiques. Le **réseau officiel de soins de santé mentale** est composé des services mandatés : les hôpitaux, services et cliniques psychiatriques, les services communautaires de santé mentale et les spécialistes du secteur privé.

D'autres organismes dispensent également des soins de santé mentale, bien que le fait puisse ne pas être reconnu par ces institutions ni par leurs clients. Souvent, les gens qui ont de tels problèmes évitent les services officiels de santé mentale, faisant plutôt appel à leur médecin de famille ou aux conseillers des services familiaux, aux infirmières du secteur public, au personnel des organismes communautaires ethniques ou multiculturels, ou à leurs professeurs de langue seconde. Ainsi, chez les Canadiens du groupe culturel majoritaire, de 15 à 20 p. 100 des visites au médecin de famille sont reliées à un problème de santé mentale. Nous n'avons pas de données statistiques de ce genre pour les immigrants et les réfugiés, mais rien ne permet de croire que la proportion de temps et d'efforts consacrés aux problèmes psychiques est moindre pour eux que pour la majorité des Canadiens. Dans cette section, nous donnons à ce système de facto de soins de santé mentale l'appellation de soins de santé mentale en dehors du réseau officiel.

Les immigrants et les réfugiés souffrent de stress s'ils ont subi un traumatisme prémigratoire, ou si après avoir émigré, leurs besoins de soutien social, de compétence linguistique, et d'un emploi valable n'ont pas été satisfaits. Chez les individus dont la personnalité présente certaines caractéristiques, ce stress peut causer des problèmes émotifs. Nombre d'immigrants hésitent à utiliser les services officiels de soins de santé mentale, quelquefois pour éviter l'étiquette préjudiciable de malade mental et d'autres fois parce qu'ils doutent des bienfaits de traitements qu'ils ne comprennent pas. Si enfin ils deviennent clients, ils sont souvent insatisfaits du traitement, ou ils y mettent fin prématurément. Nous savons que 30 p. 100 des clients des cliniques psychiatriques abandonnent après la première visite; parmi les minorités ethniques, cette proportion est de 50 p. 100 (Sue, 1977). On fait le plus souvent grief aux thérapeutes de ne pas adapter le traitement aux particularités culturelles et linguistiques des patients.

Les immigrants et les réfugiés se sentent souvent plus à l'aise auprès d'un travailleur social attaché à un organisme ethnique — quelqu'un qui parle leur langue et partage leur culture, ou auprès d'un employé des services aux immigrants, avec lequel ils pourront peut-être discuter de leurs problèmes sans pour cela recevoir l'étiquette de malade mental. Ces gens ne sont cependant pas des spécialistes en soins de santé mentale; ils ont été formés dans le but d'aider les immigrants à trouver un logis et du travail, à apprendre une des langues officielles, ou de fournir des soins prénatals et périnatals, et non pas dans le but de dépister les problèmes de santé mentale, ou de les traiter.

La difficulté d'accès au système officiel de soins de santé mentale et l'insatisfaction que ce système produit d'une part, et d'autre part le faible niveau de compétence dans le système 'de facto' engendrent une tension difficile à apaiser entre les deux systèmes. L'idéal serait que ceux-ci se complètent l'un l'autre, compte tenu de leurs points forts et de leurs points faibles respectifs. Quand les deux systèmes collaborent pleinement, la qualité des soins s'en trouve améliorée. Cela ne s'est produit malheureusement que dans quelques cas isolés. En général, les systèmes de soins officiel et de facto fonctionnent comme des entités autonomes, plutôt que comme les parties d'un ensemble intégré.

Cette partie du rapport constitue une réflexion sur notre système de soins de santé mentale et sur la composition et la formation du personnel qui en a la responsabilité. Comment arriver à des méthodes de traitement mieux adaptées aux besoins des nouveaux arrivants et des membres des minorités ethniques? Le personnel des organismes officiels à vocation thérapeutique devrait-il inclure des représentants des minorités ethniques, ou devrions-nous plutôt affecter aux organismes de services communautaires ou ethniques des professionnels de la santé mentale? Pourquoi la plupart des immigrants et des réfugiés sont-ils si insatisfaits des traitements qu'ils reçoivent? Notre système actuel, morcelé en éléments distincts, est-il ce que nous pouvons espérer de mieux, ou serait-il possible de créer des mécanismes plus efficaces de distribution des services?

Au sujet du système de soins de santé mentale, nous nous posons entre autres les questions suivantes : quels types de services devraient être dispensés? Qui devrait être formé pour dispenser ces services? et en quoi la formation des responsables devrait-elle consister? Il n'y a pas de réponses faciles à ces questions. Les personnes qui offrent des services de nature spécialisée aux nouveaux arrivants ne peuvent pas devenir des experts en diagnostic et en traitement des maladies mentales, pas plus que les psychiatres, les psychologues, les infirmières en psychiatrie et les travailleurs sociaux ne peuvent devenir des spécialistes de la culture de chacun de leurs clients.

La nécessité d'une alliance entre des connaissances culturelles et linguistiques et la compétence professionnelle est si pressante que ce serait un gaspillage de ressources que de ne pas faire appel aux personnes qui réunissent ces qualités. Le groupe de travail a fréquemment entendu parler de professionnels de la santé mentale, immigrants ou réfugiés, qui ne pourront peut-être jamais exercer leur profession au Canada à cause de nos pratiques restrictives dans l'attribution des autorisations de pratiquer et aussi de politiques d'immigration qui limitent l'entrée au Canada de telles personnes.

Heureusement, certains exposés plus optimistes ont fait mention d'expériences innovatrices positives dans les services; de programmes élaborés pour former un personnel capable de tisser une meilleure couverture de soins à partir des fils disparates du service de santé mentale; et de moyens d'atténuer la frustration des professionnels sous-utilisés et de combler la perte qui résulte de cette sous-utilisation pour notre société.

Chapitre 5 :

Le système officiel de soins de santé mentale

État de la question

Le système officiel de soins de santé mentale ne touche que 20 p. 100, tout au plus, des personnes qui ont besoin de soins pour troubles psychiques. Alors que la sous-utilisation des services est un problème généralisé, les immigrants et les réfugiés se refusent aux soins de santé mentale encore plus que les Canadiens d'origine. Les membres des minorités ethniques boudent le système officiel de soins de santé mentale d'abord parce qu'ils croient que des obstacles insurmontables leur barrent l'accès aux services appropriés et ensuite parce qu'ils croient que, même une fois ces obstacles surmontés, les traitements offerts seraient ou mal conçus ou inefficaces. Ces sentiments ne se retrouvent pas uniquement dans les petites communautés ou chez les nouveaux arrivants. Des groupes culturels importants installés au Canada depuis des générations se sentent également exclus du système de soins de santé mentale.

Les obstacles

Alors que les symptômes de troubles émotifs sont remarquablement similaires dans tous les groupes culturels, chaque culture a sa façon propre de percevoir ces problèmes et d'y réagir. La dépression, par exemple, est une des formes les plus communes de tous les troubles émotifs, et une des plus débilitantes. Selon ses antécédents culturels, une personne souffrant de dépression peut essayer de n'en pas tenir compte, accepter sa souffrance comme un coup du destin, en discuter avec sa famille ou avec une autorité religieuse, se confier aux soins d'un guérisseur traditionnel ou consulter son médecin de famille.

Les médecins qui dispensent les soins primaires constituent une ressource communautaire importante dans le traitement des problèmes émotifs et l'aiguillage des patients vers le système de soins de santé mentale. Cependant, leur efficacité est compromise par des facteurs d'ordre culturel. Bien que les médecins de famille aident de nombreuses

personnes souffrant de dépression, ils ne décèlent pas celle-ci dans les deux tiers des cas. Le problème est encore plus aigu en ce qui concerne leur clientèle ethnique. Cela résulte notamment de ce que les gens cachent — sciemment ou non — leurs symptômes. Dans les cultures asiatiques, il est inacceptable de se plaindre à un médecin de ce qu'on se sent découragé, seul ou suicidaire. Les patients chinois, vietnamiens, laotiens et cambodgiens insisteront plutôt sur les symptômes physiques de la dépression tels que l'insomnie, la perte de poids, les troubles de l'appétit et la douleur, qu'ils considèrent comme des raisons légitimes de faire appel à un médecin qui peut ne pas reconnaître la nécessité de diriger un patient vers les services de soins de santé mentale.

Les gens répugnent à faire appel aux services de soins de santé mentale, même après une recommendation de leur médecin, par honte et par peur du déshonneur.

La plupart [des patients] auraient été amenés à l'hôpital par la police après quelque incident où ils auraient «perdu la tête». Ces patients reçoivent souvent très peu de soutien de leurs amis et de leurs familles. Le déshonneur attaché à la «folie» ou à la maladie mentale n'est pas un préjugé facile à faire disparaître, même chez les membres les plus instruits et les mieux informés de la communauté noire. Les patients et les membres de leurs familles préféreraient l'étiquette de «méchant» à celle de «fou». Dans certains secteurs de la communauté, le traitement de la maladie mentale consiste en un «bon bain» pour guérir un malaise diagnostiqué comme un coup du destin, de l'hérédité, ou de forces surnaturelles comme le vaudou.
(Mémoire : Harambee Centres Canada)

Le manque d'information et la mauvaise information à propos des services sont aussi responsables de leur sous-utilisation. Les intéressés craignent très souvent que l'aveu de problèmes psychologiques mette en péril leur statut d'immigrant.

La famille a retardé l'hospitalisation du patient parce qu'elle avait peur d'une expulsion pour cause de maladie mentale. Il y avait également une crainte non formulée que toute la communauté se trouve ainsi déshonorée, et que des restrictions soient appliquées à l'immigration en provenance du pays d'origine.
(Mémoire : Saskatoon Open Door Society)

Le manque d'argent peut dresser également un obstacle entre le patient et l'aide dont il a besoin.

Un médecin peut juger bon d'orienter son patient vers un psychologue. Or, il se révèle que le régime d'assurance-maladie ne rembourse pas les frais de consultation d'un psychologue mais seulement ceux d'un psychiatre... Autant dire qu'il n'y aura pas de traitement, puisque le patient est en train de s'établir et n'a pas les moyens de payer lui-même les consultations.
(Mémoire : Metropolitan Immigrant Settlement Association)

À... Saskatoon, on ne peut renvoyer les clients immigrants qu'au centre communautaire de counseling, qui est déjà surchargé. Nous connaissons des conseillers du secteur privé sensibles aux différences culturelles et dont l'action serait efficace, mais il n'y a aucun moyen actuellement de les utiliser.
(Mémoire : Saskatoon Open Door Society)

La difficulté à donner aux gens les soins dont ils ont besoin peut venir en partie de l'extrême spécialisation qui caractérise la société canadienne, dans laquelle les services de santé mentale sont séparés des autres aspects de la vie, y compris des soins médicaux généraux.

Vu l'interdépendance de la santé mentale et de la santé physique, et les besoins médicaux particuliers des réfugiés, nous recommandons que les deux types de services soient dispensés dans le même bâtiment, dans le cadre d'un organisme unique. Les renvois de patients à d'autres organismes devraient être réduits au minimum, parce qu'ils sont très coûteux, entraînent des pertes de temps et sèment la confusion chez le réfugié.
(Mémoire : Edmonton Immigrant Services Association)

Il existe déjà d'excellents programmes de soins de santé mentale pour les immigrants et les réfugiés. L'American Psychiatric Association a récemment octroyé une médaille d'or, pour ses innovations, à un service de soins de santé mentale pour réfugiés indochinois qui fonctionne avec succès depuis plusieurs années à Portland dans l'Oregon. Il ne fait aucun doute que l'intégration poussée du centre de soins de santé mentale et d'un centre communautaire pour les réfugiés du Sud-Est asiatique explique en partie la popularité du service. Les réfugiés entrent dans le système de traitement avec une aisance qui inflige un démenti au stéréotype de

l'Asiatique, réfractaire aux soins de santé mentale même en cas de nécessité impérieuse.

Les hôpitaux sont la plupart du temps isolés des communautés, et cet isolement est plus que physique. Comme les hôpitaux ont rarement une politique spécifique à l'égard des immigrants et des réfugiés, il arrive souvent que leurs pratiques en matière de dotation en personnel, leurs critères d'embauche, leurs programmes de formation et leurs installations ne reflètent souvent pas la diversité culturelle de leur clientèle. Faute de formation appropriée et de ressources adéquates notamment d'interprètes, le personnel des hôpitaux perçoit souvent les migrants comme des cas difficiles et des sources de déceptions.

Comment surmonter les obstacles

L'éducation du public est une façon de promouvoir l'utilisation adéquate des services officiels de santé mentale. Plusieurs exposés présentés au Groupe de travail traitaient du problème de la sous-utilisation des services et demandaient de façon pressante l'élaboration, la traduction et la distribution de matériel éducatif:

Nous avons besoin de la traduction de documents qui respecte les identités culturelles, pour aider les migrants à mieux comprendre la dépression, les symptômes paranoïdes, les conflits de générations et les crises d'identité. De tels documents aideraient à vaincre les sentiments traditionnels de honte et de culpabilité de la famille devant la maladie mentale, et amèneraient les gens à demander de l'aide plus tôt. On devrait encourager les médias ethniques, les églises et les autres organismes bien vus des immigrants à diffuser des articles de journaux et des émissions de radio et de télévision qui présentent comme acceptable le recours précoce à une aide, et qui décrivent certains comportements symptomatiques.
(Mémoire : British Columbia Association of Social Workers, Multicultural Concerns Committee)

Voici les caractéristiques communes à tout matériel éducatif efficace :

- recours à l'image autant sinon plus qu'au mot, «comme dans les programmes de l'Unicef sur la santé destinés aux pays du Tiers-Monde». (Mémoire : Le Centre portugais de référence et de promotion sociale)
- utilisation des médias ethniques, particulièrement la radio et la télévision, plutôt que des médias ordinaires. À Vancouver, par exemple, on a produit récemment pour Multicultural Channel une série d'émissions en japonais sur la santé mentale. (Mémoire : Japanese Community Volunteers' Association)
- diffusion du matériel imprimé par les organismes de services aux immigrants autant sinon plus que par les services communautaires généraux.

Le matériel visant à sensibiliser les immigrants à la santé mentale devrait traiter d'au moins trois sujets : ce qu'est la maladie mentale et comment la reconnaître; en quoi consistent les soins de santé mentale et pourquoi ils sont offerts; et comment avoir accès aux services locaux de soins de santé mentale. Comme on le verra de façon plus détaillée au Chapitre 6, des informations en plusieurs langues sur les effets psychologiques de l'émigration, de la réinstallation et de l'acculturation sont également d'une aide précieuse.

L'éducation des groupes communautaires en matière de santé mentale, faite directement par des travailleurs de la santé appartenant eux-mêmes à un groupe ethnique minoritaire, s'est révélée efficace dans quelques grandes agglomérations urbaines.

Les programmes de sensibilisation de la communauté sont une des stratégies employées par Hong Fook pour changer les attitudes négatives face à la santé mentale... Nous dépensons une énergie considérable à organiser des forums communautaires, à produire du matériel éducatif (dépliants, brochures, diaporamas, etc.) et dans la participation à des activités communautaires comme la «foire de la santé des aînés» et le Festival de la santé des Asiatiques du Sud-Est. Les deux éducateurs communautaires à temps partiel responsables de ces activités éducatives sont payés grâce à une subvention du Secrétariat d'État.
(Mémoire : Hong Fook Mental Health Association)

Plus l'approche initiale et les programmes de sensibilisation sont personnalisés, plus volontiers les gens en viennent à utiliser les services de santé mentale. Comme le note le South East Asian Service Centre de Toronto, pour convaincre les immigrants et les réfugiés en proie au stress de faire appel aux services de santé mentale, «il faut l'effort concerté d'un grand nombre, parce que souvent il est nécessaire de les toucher un par un».

Pourquoi les services sont quelquefois inadéquats ou inefficaces

Les barrières culturelles et linguistiques peuvent être à l'origine d'évaluations erronées et de difficultés de traitement.

Les groupes ethnoculturels et les responsables des services s'accordent à reconnaître que l'absence d'une langue commune est l'obstacle qu'ils rencontrent le plus souvent **durant l'évaluation et le traitement**. Comme l'a souligné un exposé de M.O.S.A.I.C., à Vancouver : «C'est dans sa langue première qu'on parle de ses besoins émotifs et qu'on décrit des expériences traumatisantes.» Pourtant, dans plusieurs organismes de traitement, aucun membre du personnel n'est en mesure de s'adresser aux nouveaux arrivants dans la langue première de ceux-ci.

Des préjugés de toutes sortes peuvent fausser l'évaluation durant laquelle le thérapeute se forme un jugement sur un client et arrive à une conclusion sur son état psychique. Une étude a démontré que dans le cadre d'entrevues de routine, les thérapeutes ont tendance à diagnostiquer la dépression chez les blancs et la schizophrénie chez les noirs. Quand les entrevues se déroulent selon un formulaire standardisé, les différences entre blancs et noirs disparaissent. Ces résultats montrent que, dans la pratique clinique quotidienne, les thérapeutes peuvent omettre de recueillir tous les renseignements utiles au diagnostic. Les stéréotypes culturels peuvent inciter à prendre des «raccourcis» nuisibles à l'étape de la cueillette des données. En règle générale, les personnes originaires du Sud-Est asiatique ne diront pas volontiers qu'ils se sentent déprimés, ce qui a amené plusieurs spécialistes à penser que lorsqu'un Asiatique éprouve des problèmes psychologiques, l'épreuve n'est pas perçue par lui comme le ferait un blanc. Les recherches ont cependant démontré, qu'en dépit de leur répugnance à avouer leurs sentiments de dépression à leur médecin, les Asiatiques possèdent un vocabulaire étendu sur le sujet et qu'ils sont tout à fait capables de décrire leur état si on le leur demande.

Les stéréotypes raciaux peuvent fausser une évaluation.

> ***Dans le cas de clients noirs, nous savons que les hypothèses de travail se fondent sur les nombreux stéréotypes négatifs du noir paresseux, manquant de motivation, agressif, etc. (traits mentionnés dans les ouvrages médicaux comme des symptômes classiques de dépression). À cause de ces préjugés, les noirs qui souffrent d'une dépression résultant logiquement des stress dus au chômage, au fait que le logement est introuvable ou inadéquat et au harcèlement racial, ne sont pas diagnostiqués comme souffrant de stress.***
> ***(Harambee Centres Canada)***

Fait d'une bonne compréhension des antécédents d'un patient, le spécialiste peut ne pas saisir le sens de certains symptômes. Un médecin canadien, par exemple, peut diagnostiquer la schizophrénie chez une personne venant d'un pays en développement, faute par lui de reconnaître que ce comportement psychotique est dû à la malnutrition et relié à une déficience en vitamine B.
(Canadian-African Newcomer Aid Centre of Toronto)

L'évaluation est un processus proactif : pendant que le thérapeute établit son diagnostic, le client évalue le thérapeute et décide s'il sera efficace ou pas. L'arrêt prématuré du traitement constitue un problème majeur. Plusieurs patients appartenant à des groupes ethniques ne reviennent pas aux services de soins de santé mentale après la première consultation et la moitié d'entre eux abandonnent avant la cinquième. Les sentiments négatifs envers les thérapeutes expliquent généralement ces défections. Il n'est pas rare que les clients craignent que leur thérapeute soit raciste. Malheureusement, les clients discutent rarement de ces sentiments avec le thérapeute ou avec qui que ce soit.

Les différences culturelles affectent également les réactions des clients à deux des formes les plus usitées de traitement : la pharmacothérapie et la psychothérapie.

Dans l'esprit de certains groupes ethniques, les médecins canadiens sont trop enclins à prescrire des médicaments, souvent sans nécessité. On a prétendu par exemple que les jeunes Italo-canadiennes avaient été «traitées aux neuroleptiques (médicaments utilisés pour supprimer un comportement psychotique) alors qu'en fait elles vivaient une période traditionnelle de deuil» (COSTI-IIAS). Les chercheurs font remarquer que les patients d'origine asiatique et hispanique réagissent à des doses plus faibles de neuroleptiques et d'antidépressifs que les blancs non-hispaniques, et qu'ils subissent des effets secondaires inquiétants également à des doses plus faibles de médicaments. Les médecins qui ne sont pas au courant de ces découvertes et qui prescrivent

les médicaments suivant la posologie recommandée traditionnellement risquent de déclencher des effets secondaires et par là de provoquer le mécontentement du client et l'interruption prématurée du traitement.

Bien qu'il y ait plusieurs formes spécialisées de psychothérapie, elles ont toutes ceci en commun que le patient et le thérapeute se mettent d'accord pour explorer des problèmes du patient au moyen de la conversation. L'efficacité de la psychothérapie peut être entravée par des conflits de valeurs, des différences dans les façons de s'exprimer et de résoudre les problèmes, et par des malentendus sur ce qu'on peut attendre d'une telle thérapie. Les psychothérapeutes occidentaux s'attendent à ce que leurs patients s'expriment librement, qu'ils avouent leurs pensées et leurs émotions intimes et qu'ils comprennent que l'examen approfondi des conflits émotifs aide à résoudre les problèmes psychologiques. Cependant, certaines cultures asiatiques interdisent l'expression publique des sentiments à travers les mots, ayant recours plutôt à des subtilités d'inflexion vocale, à la gestuelle et à des métaphores dont la signification peut échapper à celui qui ne connaît pas bien des cultures. Beaucoup d'Asiatiques croient que les troubles psychiques sont causés par des pensées morbides autant que par des facteurs organiques. Si la pratique de la psychothérapie les forces à se concentrer sur des pensées pénibles (morbides) et enlève de son importance à l'intervention somatique, plusieurs Canadiens d'origine asiatique pourront trouver la psychothérapie incompatible avec leurs croyances.

Alors que les thérapeutes nord-américains tendent à traiter leurs clients comme des égaux, les Asiatiques s'attendent à ce que le thérapeute soit dépositaire d'une certaine autorité et leur fournisse conseils et informations. Les thérapeutes canadiens, qui appartiennent à une culture qui valorise l'indépendance, ont tendance à faire de l'émancipation du patient hors de la famille où il a grandi un des buts d'une thérapie réussie. Dans le cas d'un patient asiatique ou africain, ce but peut entrer en conflit avec un système de valeurs dans lequel l'individu n'est important qu'en tant que membre de sa famille.

Alors que de nombreux Canadiens acceptent le traitement individuel comme allant de soi, il peut être inacceptable dans des cultures où la famille continue à jouer un rôle central dans la vie des individus.

Il y a un besoin de parler, de se sentir «en famille» avant que ne se produisent le partage, l'épanchement — le thérapeute doit devenir comme un membre de la famille, le patient veut sentir qu'il peut passer le voir n'importe quand, et qu'il aura toujours le temps de lui parler et de l'écouter. Prendre rendez-vous, fixer d'avance l'heure d'entrevues où l'on révèle tout de soi, ce sont là des comportements acquis. La façon dont la consultation est menée est également différente avec les Latino-américains; c'est le plus souvent un effort de groupe.
(Mémoire : Hispanic Council of Metropolitan Toronto)

Comme la famille constitue la réalité fondamentale pour beaucoup d'immigrants et de réfugiés venant au Canada, les programmes devraient, autant que faire se peut, inclure des membres de la famille. La définition de la famille devrait toujours se faire en fonction de la culture.
(Mémoire : Catholic Immigration Bureau, Archdiocese of Toronto)

La phase finale des soins de santé mentale — la réadaptation et la réintégration dans la société — pose un problème particulièrement difficile aux praticiens comme aux patients. Dans quelle société doit-on réintégrer un immigrant? Comme le fait remarquer la Hong Fook Mental Health Association, «Si nos malades chroniques sont placés dans le programme de jour d'un service type, ils seront angoissés et désorientés par les barrières linguistique et culturelle.» D'autre part, il y a fort peu de chances que la communauté ethno-culturelle d'où vient l'individu ait des programmes de consultations externes ou des foyer de groupe.

Dans tout Toronto, il n'y a que six services de santé mentale s'adressant à une communauté ethnique en particulier et ils ont une moyenne de deux employés à plein temps chacun; cela bien qu'en 1981 plus de la moitié de la population de cette région se soit déclarés d'origine ethnique non-britannique. (Mémoire : Community Resources Consultants de Toronto) Dans les régions où vivent peu d'immigrants, la réintégration dans un environnement culturel familier peut se révéler impossible.

L'efficacité des services de santé mentale repose sur une bonne communication, un diagnostic juste, un traitement efficace et un suivi approprié. (Lawson et al., 1982). La communication avec la famille, lorsque celle-ci est accessible, est toujours essentielle. Les professionnels canadiens de la santé

mentale deviennent de plus en plus habiles à engager la famille dans le processus thérapeutique, mais aller jusqu'à établir une communication avec une communauté à laquelle le patient est peut-être intimement lié, voilà une idée qui leur est étrangère, et les forcer à le faire peut soulever de graves questions touchant à l'éthique professionnelle.

Nous avions cet individu qui parlait de temps en temps de choses bizarres, mais il restait en contact avec nous et fréquentait certaines personnes dans la communauté. Il est maintenant dans une situation pire qu'avant, parce que la façon de voir les choses, l'administration du traitement et le traitement même qu'on lui a administré ne lui convenaient pas. Les gens n'aiment pas parler de leurs problèmes, c'est vrai, mais ils ont des relations personnelles, et leur propre réseau de communication à l'intérieur de la communauté. La communauté et les membres de la communauté doivent être consultés avant qu'un hôpital ou un médecin ne se précipite pour soigner ceux qui sont peut-être des malades mentaux. (Mémoire : Eritrean Community in Winnipeg, Inc.)

Ce témoignage illustre la place centrale qu'occupe la communauté dans la vie de certains groupes ethniques au Canada. En présentant son exposé, la communauté érythréenne était outrée qu'un de ses membres ait été hospitalisé sans consultation préalable de la communauté. Dans le même esprit, la communauté croyait que la détérioration de l'état du patient était due à l'échec du traitement. Il est cependant possible que le comportement de cet homme après son congé de l'hôpital correspondait à une phase normale de sa maladie et ne constituait pas le résultat d'un mauvais traitement. Personne n'avait fait part à la communauté de cette possibilité, et si quelqu'un l'avait fait, on peut se demander si les Erythréens l'auraient acceptée.

Ce cas met en lumière un autre problème — le conflit de valeurs entre les sociétés canadienne et érythréenne. Pendant les audiences, le Groupe de travail a fait valoir que selon les politiques canadiennes, si le patient avait demandé que la communauté ne soit pas informée de son hospitalisation, le personnel de l'hôpital aurait respecté son droit à la confidentialité, et accédé à sa demande. Les Érythréens ont répliqué que le droit de savoir de la communauté primait sur le droit de l'individu à la confidentialité.

Voilà un dilemme dont on ne sort pas facilement. Cependant l'incident montre bien comment le système de soins de santé mentale peut susciter le mécontentement et la désaffection quand il ne tient pas compte des besoins de la communauté autant que de ceux du patient.

Distribution efficace des services

Les inquiétudes des immigrants au sujet de l'efficacité des services de soins de santé mentale et de l'incapacité de ces services à aider les immigrants sont un sujet de préoccupation pour des particuliers, des groupes et des institutions dans tout le pays. Les changements proviennent, dans une large mesure, de la base — les travailleurs de première ligne dans les services et les chefs des communautés culturelles, qui voient de près les obstacles à l'utilisation des services et à leur efficacité.

Comme la plupart des politiques qui déterminent le mandat, la structure organisationnelle et le financement des services de santé mentale sont établies au niveau des gouvernements provinciaux, les responsables des services et les chefs des communautés ne disposent pas d'une grande latitude pour apporter directement des changements. Une grande partie de leurs efforts est donc consacrée à faire valoir leurs points de vue.

Certaines des politiques et des programmes novateurs qui ont été présentés au Groupe de travail sont le fruit de ces efforts. D'autres sont des exemples de mesures qui peuvent être prises à l'intérieur des limites financières et organisationnelles dans le but d'améliorer les soins de santé mentale pour les immigrants.

A. Les interprètes

Le langage est l'obstacle le plus fréquemment rencontré en ce qui concerne l'efficacité des services de santé mentale. On utilise pour le moment, de manière ponctuelle, des traducteurs qui ne sont ni formés, ni officiels, ni payés convenablement, dans des situations qui vont de l'urgence psychiatrique à des séances prolongées de consultation.

Attaquons-nous d'abord à l'absence d'interprètes réguliers dans la plupart des hôpitaux et des services, à l'exception du Doctor's Hospital et du Sikh Children's Hospital. Partout ailleurs, on fait appel à des bénévoles, à la famille ou au personnel de cuisine ou de nettoyage, non qualifié pour ce

genre de tâche. Beaucoup de patients sont trop gênés pour donner tous les renseignements pertinents et la traduction est souvent mauvaise à cause de manque de compétence de l'interprète. (Mémoire : Portuguese Interagency Network)

Les interprètes sont difficiles à trouver. Une interprétation de mauvaise qualité est pénible pour le client et entrave le traitement.

Utiliser un interprète lors d'une évaluation ou d'une consultation, cela prend deux fois plus de temps, et des nuances importantes échappent fréquemment. Étant donné que la plupart des organismes sociaux, de santé et communautaires ont subi des coupures dans leur personnel ces dernières années, et que le personnel restant est lourdement surchargé, le temps supplémentaire que requiert l'utilisation des services d'un interprète constitue un problème sérieux. (Mémoire : British Columbia Association of Social Workers)

L'embauche, par les organismes de services, de professionnels de la santé mentale appartenant aux minorités ethniques apparaît comme un moyen de surmonter les obstacles culturel et linguistique. Pour plusieurs raisons toutefois, dont certaines sont traitées au chapitre huit, cette solution crée d'autres problèmes. Comme il est impossible d'imaginer qu'un établissement puisse disposer d'au moins un spécialiste pour chacun des groupes ethniques qu'il dessert, les services de santé mentale auront toujours besoin d'interprètes, du moins pour traiter avec les membres des communautés linguistiques peu nombreuses.

On doit s'efforcer d'améliorer les services de traduction.

Il serait excellent d'avoir des médecins ou des psychiatres ayant les mêmes antécédents culturels que leurs patients. Mais comme cela n'est pas réalisable, il est nécessaire de former pour chaque groupe ethnique des interprètes spécialisés dans le domaine des soins de santé mentale. Ces interprètes devront connaître et comprendre parfaitement la situation de la santé mentale dans leurs communautés, et leurs qualifications les plus importantes tiendront dans leur connaissance approfondie de leurs propres antécédents culturels, des processus de migration et d'adaptation, ainsi que dans leur compréhension des êtres humains. (Mémoire : S.E.A.R.C.O.M.)

L'obstacle majeur à la formation et à l'utilisation d'interprètes qualifiés est le manque de fonds à cet effet.

B. Sensibilisation aux différences culturelles

Les cultures, comme les langues, doivent être interprétées. Les services de santé mentale font souvent appel au personnel des organismes de services aux immigrants pour traduire et interpréter une langue. Après un premier contact, d'autres peuvent suivre et les préoccupations linguistiques s'élargir, donnant lieu à l'acquisition de multiples renseignements concernant les clients et leur histoire culturelle. À mesure que se développe chez les spécialistes des services de santé la sensibilisation aux différences culturelles, le service s'enrichit.

La formation que se dispensent réciproquement le personel des services provinciaux de santé mentale et celui des organismes de services aux immigrants constitue un lien tout à fait logique. (Voir chapitre 7)

Dans la région d'Edmonton, on a pris la décision de mettre sur pied un Programme de formation réciproque dans le but premier d'aider les conseillers en réinstallation à reconnaître les signes de maladie mentale, et d'aider les thérapeutes à comprendre la culture des principaux groupes d'immigrants et de réfugiés de même que le processus d'adaptation auquel ces gens doivent s'astreindre. (Mémoire : Alberta Mental Health Services)

Quand on a procédé en Alberta à l'évaluation du Programme de formation réciproque, on a décidé de lui ajouter un mécanisme non officiel de consultation réciproque sur les cas et de co-thérapie.

De tels arrangements produisent souvent trois résultats immédiats : les spécialistes de la santé mentale deviennent plus conscients des problèmes culturels influant sur la distribution des services; les responsables des services aux immigrants y gagnent une meilleure compréhension de la santé et de la maladie mentales; et les patients immigrants reçoivent probablement des soins de santé mentale de meilleure qualité.

Tous les intéressés se félicitent des bienfaits et de la rentabilité de la formation et de la consultation réciproque, et de la cothérapie. Pourtant, malgré les avantages à tirer de contacts avec les services aux

immigrants, très peu d'établissements de santé mentale offrent à leur personnel des occasions régulières de se sensibiliser aux problèmes culturels. Au lieu de cela, quelques spécialistes de la santé mentale, qui s'intéressent particulièrement aux migrants, deviennent membres de comités inter-organismes. Ces comités recueillent et diffusent des informations et sensibilisent leurs membres et le public aux différences culturelles en organisant des ateliers, en publiant des bulletins et en faisant des recommendations.

Il existe entre les services de santé mentale dont des employés siègent à ces commités de grandes différences quant au soutien qu'ils apportent à ces comités et quant à l'ampleur de l'influence de ces derniers. Dans certains cas, les services de santé mentale sont à l'avant-garde du développement des réseaux de communication. Dans d'autres cas toutefois, leur personnel n'est pas autorisé à assister aux réunions des comités pendant les heures de travail.

Pour être vraiment sensibilisé aux différences culturelles, il faudrait connaître les méthodes de guérison traditionnelles propres aux communautés ethniques. Nous savons cependant fort peu de choses sur les guérisseurs traditionnels. Quelques rapports de cas laissent croire qu'on fait appel à eux pour régler des problèmes émotifs; ces guérisseurs n'ont peut-être pas de qualifications officielles, mais le droit d'exercer leur est reconnu par la communauté. Certains commentateurs voient dans les guérisseurs une ressource inexploitée dans le domaine de la santé mentale, alors que d'autres lancent des mises en garde contre les risques de charlatanisme. Nous manquons d'informations pour porter un jugement sur les guérisseurs traditionnels. Il faudrait savoir de quelles façons et dans quelles circonstances les gens ont recours à eux. Les utilisent-ils comme des substituts ou seulement comme des auxiliaires au système de santé mentale? Ces pratiques sont-elles très répandues dans différentes communautés ethniques et quels avantages en découle-t-il, si avantages il y a? Une enquête dans ce domaine important pourrait mettre à profit les résultats de toutes les recherches déjà menées dans les pays en voie de développement, de même que dans les communautés autochtones de l'Amérique du Nord.

C. L'élaboration des programmes

C'est dans les établissements hospitaliers, dans les organismes de services aux immigrants et dans les services de consultations externes dans un cadre communautaire qu'on trouve des innovations en matière de programmes de soins de santé mentale.

Programmes multiculturels et programmes réservés à un groupe ethnique offerts dans des locaux destinés aux services de soins de santé mentale

Les obstacles à l'utilisation des hôpitaux, services et cliniques psychiatriques sont énormes, mais il reste que c'est là que les ressources sont concentrées, particulièrement celles qui peuvent satisfaire aux besoins des individus sérieusement touchés.

Le Greater Vancouver Mental Health Service et le Vancouver General Hospital sont à mettre sur pied un service multiculturel qui jouerait les rôles suivants : service d'aiguillage ou centre de ressources pour les cas où des minorités culturelles sont en cause et que les équipes de soins communautaires n'arrivent pas à résoudre; service de consultation entre médecins; centre de données et de renseignements; et centre de formation et d'enseignement qui s'intéresse aux incidences culturelles sur la santé mentale, à l'intention des spécialistes de la santé mentale et des internes en psychiatrie et en médecine familiale. Nous voudrions spécialement apporter notre soutien à cette idée d'un service multiculturel, particulièrement au projet de former des spécialistes en santé mentale d'origine ethnique ou multiculturelle, qui pourront faire un travail efficace auprès des communautés d'immigrants.
(Mémoire : Japanese Volunteers' Association)

Les soins de santé mentale dispensés par les organismes de services aux immigrants

Qu'ils visent plusieurs cultures ou une seule, les organismes de services aux immigrants ont moins de problèmes d'accessibilité que les établissements hospitaliers de santé mentale. Les responsables des services doivent cependant faire un effort spécial pour s'assurer le soutien des professionnels et de la communauté.

Un programme de services aux immigrants offrant des consultations psychothérapeutiques a été mis sur pied en avril 1985 par le Catholic

Immigration Centre. Plus de 164 clients ont été reçus individuellement par notre thérapeute interculturel... Depuis la création de ce service, nous avons pu nous réunir deux fois par mois avec lui pour évaluer notre travail et nous assurer de sa bonne marche, partager nos préoccupations au sujet de certains clients et au besoin parler ouvertement de nos frustrations. Nous avons noté une amélioration de notre travail d'équipe, nous avons personnalisé nos méthodes d'approche tout en réussissant à améliorer la qualité profesionnelle de notre travail.
(Mémoire : Catholic Immigration Centre).

Comme le souligne le Centre de services aux immigrants O.A.S.I.S., l'affectation d'un spécialiste de la santé mentale à un organisme de services aux immigrants présente plusieurs avantages tant pour le spécialiste que pour le client :

- le spécialiste est à même d'évaluer, avec l'aide du personnel du service comment et jusqu'à quel point le client est influencé par des antécédents culturels et le processus d'adaptation à la culture du pays hôte;
- le personnel du service met à la disposition du spécialiste des renseignements précis et à jour sur les ressources offertes aux immigrants, par exemple le programme de réunion des familles, les cours de langues, d'adaptation à la vie quotidienne et de formation professionnelle;
- le spécialiste est mandaté pour servir d'intermédiaire entre le client et des institutions non reliées à la santé mentale telles que la Commission des accidents du travail, le système juridique et l'assurance-chômage;
- le praticien coordonne et supervise les activités des divers services de l'organisme comme les programmes de traitement de l'alcoolisme, le counseling familial et les groupes d'entraide.

En d'autres termes, le spécialiste de la santé mentale affecté à un organisme de services aux immigrants peut prendre en main l'ensemble du traitement, évitant aux clients et à leurs familles beaucoup de confusion et de stress, tout en assurant directement et indirectement des services qui répondent exactement aux besoins de la clientèle.
(Mémoire : O.A.S.I.S.)

Les consultations externes dans un cadre communautaire

Ces services s'adressent d'habitude à des groupes ethnoculturels particuliers. Plusieurs exposés ont indiqué que ces services spécialisés de santé mentale combinent les avantages des établissements destinés à la communauté en général à ceux des organismes de services aux immigrants.

Un des principaux inconvénients des services de santé mentale réservés à un groupe ethnique donné est qu'ils coûtent cher. On ne les retrouve que dans les plus grandes agglomérations urbaines et là seulement dans les communautés culturelles les plus importantes. Dans les régions moins peuplées et pour les groupes ethniques moins nombreux, la solution pratique à la sous-utilisation et à l'inefficacité des soins de santé mentale semble être le service de liaison grâce auquel les organismes de services aux immigrants mettent leurs clients en contact avec les établissements hospitaliers de la communauté.

Les services de liaison et de contact donnent de très bons résultats quand il s'agit de faire accéder les immigrants aux soins de santé mentale, d'expliquer les services de santé mentale aux patients et à leurs familles, et d'exposer aux spécialistes de la santé mentale les antécédents et le contexte culturel des patients; cependant ils ne suffisent pas à la tâche quand il s'agit de réintégrer un patient dans la communauté.

À cause de la tendance générale à donner leur congé au plus grand nombre possible de patients hospitalisés, nous sommes de plus en plus souvent sollicités par les établissements hospitaliers pour participer à la planification des programmes de renvoi et pour nous occuper du traitement et de la réadaptation des handicapés psychologiques et des malades chroniques de la communauté... Nous sommes à mettre sur pied un programme de consultations externes comportant trois volets : i) des consultations externes pour assurer le soutien et la réadaptation des malades chroniques et des handicapés psychologiques; ii) un programme de suivi post-hospitalisation pour ceux d'entre eux qui ont besoin de services mineurs et iii) un service d'évaluation et de consultation pour répondre à tous les besoins de nos clients unilingues en matière de santé mentale.
(Mémoire : Hong Fong Mental Health Association)

Les programmes de réadaptation et de réintégration des patients immigrants d'un groupe ethnique donné sont nécessaires et se justifient sur un double plan. D'abord, l'individu qui se relève d'une maladie mentale a de meilleures chances de s'intégrer dans un environnement culturel familier. L'immigrant, à moins d'être complètement acculturé, ne touvera pas ce genre d'environnement dans les foyers de groupe et les programmes de transition destinés aux Canadiens d'origine.

Deuxièment, le patient immigrant ne trouvera peut-être pas dans sa propre communauté le soutien social, le logement et l'emploi dont il a besoins, à cause de préjugés culturels touchant la maladie mentale. Dans le cas d'immigrants non-acculturés appartenant à des communautés traditionnelles, les services destinés à leur groupe ethnique particulier sont essentiels à la réussite du suivi du traitement.

Conclusion

C'est le manque de fonds qui entrave les efforts pour élargir l'utilisation par les immigrants des services de santé mentale et améliorer l'efficacité des programmes. C'est également le manque d'argent qui limite les tentatives pour améliorer les services de santé mentale offerts aux populations autochtones — mais dans le cas des immigrants, les problèmes sont d'une tout autre ampleur.

En 1986, toutes les propositions de programmes multiculturels de santé mentale ont été reléguées au bas de l'échelle des priorités de financement. Des onze programmes qui font l'objet de recommandations du comité de la santé mentale du Conseil de santé du district, un seul répondait en partie aux besoins des groupes non-anglophones.
(Mémoire : Hong Fong Mental Health Association)

Le manque de fonds pour des programmes de prévention qui tiennent compte des antécédents culturels et linguistiques des minorités engendre des situations de crise qui auraient pu être évitées. Il faut aussi exiger plus de services d'urgence et de soins actifs de santé mentale. La lenteur et l'inefficacité de la gestion occasionnent souvent une prolongation indue de souffrances humaines.

Nous croyons qu'un financement adéquat est crucial pour que les services de santé mentale tiennent compte davantage de notre diversité culturelle. La population doit être convaincue que la prévention et le traitement précoce des problèmes psychologiques et émotifs se traduiront à long terme par des économies pour tous les Canadiens.
(Mémoire : British Columbia Association of Social Workers)

Le financement insuffisant des services d'interprètes, des services multiculturels et de ceux qui s'adressent à un groupe ethnique particulier, se traduit par une angoisse accrue chez les immigrants qui ont besoin de soins, et peut entraîner un arrêt prématuré du service. Il peut provoquer également un effet de boomerang : les organismes de services aux immigrants orientent des clients vers les services de santé mentale, qui doivent les leur renvoyer. C'est une perte de temps, d'argent et d'énergie.

Des sommes accrues doivent être consacrées à la création de nouveaux services à l'intention des communautés ethniques qui ne sont pas encore desservies adéquatement, et pour permettre aux services existants de répondre aux demandes croissantes d'immigrants et surtout de réfugiés toujours plus nombreux.
(Mémoire : Multicultural Mental Health Group)

L'argent étant la condition essentielle de la survie des services de santé mentale, les demandes de fonds deviennent la principale occupation des groupes de pression :

Les efforts de sensibilisation de notre groupe visent actuellement à ce que, lors des prises de décision sur l'attribution des fonds, on n'oublie pas les limitations résultant des barrières culturelle et linguistique en ce qui concerne l'accès aux services. Nous essayons donc de nous assurer que le Conseil de santé du district et toutes ses composantes compte parmi leurs membres des personnes pour qui les problèmes de barrières culturelle et linguistique, spécialement en ce qui a trait aux services de soins de santé mentale, soient une préoccupation de première importance. Nous demandons aussi que le Conseil exige que toute nouvelle proposition tienne compte du problème et l'égalité en matière d'accès. En attaquant à ce niveau, nous espérons stimuler un effort commun des services pour élaborer des stratégies qui les rendent accessibles à toute la population; nous espérons aussi que ceux qui examinent en profondeur les activités de ces services finiront par accepter l'accessibilité comme principe de base pour tous les soins de santé.
(Mémoire : Multicultural Mental Health Group)

Il est essentiel que le système officiel de soins de santé mentale tienne compte davantage des besoins des immigrants et des réfugiés. Parmi les nombreuses façons d'utiliser les fonds assignés à la santé mentale pour augmenter et améliorer les soins offerts aux immigrants et aux réfugiés, le groupe de travail en a distingué quatre qui revêtent un caractère prioritaire.

Puisque les immigrants et les réfugiés répugnent encore à utiliser les services de santé mentale, les programmes d'approche sont une condition préalable essentielle à la pratique thérapeutique. Le Groupe de travail recommande que **le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, en collaboration avec les organismes de services aux immigrants et les organisations ethnoculturelles, produise du matériel éducatif multilingue traitant des conséquences psychologiques de l'émigration et des ressources disponibles dans le domaine des soins de santé mentale. Le Ministère devrait remettre ce matériel aux ministères provinciaux de la Santé pour qu'ils le distribuent dans les services de première ligne et par l'intermédiaire des médias ethniques**. Il est également urgent que le Ministère revise et mette à jour tout son matériel éducatif sur la santé, et la santé mentale en particulier, pour s'assurer de sa pertinence et de son respect des différences culturelles.

Les services de santé mentale ne seront efficaces que lorsqu'ils auront des interprètes capables de traduire les réalités culturelles aussi bien que la langue. L'interprétation aidera également les immigrants et les réfugiés à surmonter les obstacles qui limitent leur accès aux services. Le Groupe de travail recommande que **le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, en collaboration avec les ministères provinciaux de la Santé et les organismes de services aux immigrants, élabore un programme de formation pour les interprètes qui travailleront dans les services de santé mentale. Ce programme devrait être mis à la disposition des organismes de services aux immigrants et des ministères provinciaux de la Santé qui dispenseront des cours d'interprétariat subventionnés par le ministère fédéral.**

Il faudra faire preuve de créativité et de souplesse pour inventer et expérimenter de nouveaux modes de distribution des services, de façon à les rendre plus accessibles. On devra permettre au personnel des services de santé mentale d'aller au-devant de leurs clients éventuels plutôt que d'attendre que ceux-ci se présentent à leurs bureaux. Le Groupe de travail recommande que **le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social encourage les services provinciaux de santé mentale à embaucher des professionnels de la santé mentale qui seront affectés aux principaux organismes de services aux immigrants**. On devrait s'efforcer dans la mesure du possible d'affecter ces spécialistes là où ils seront en mesure de communiquer avec une proportion appréciable de leurs clients dans la langue de ceux-ci.

Pour mener à bonne fin la réadaptation et la réintégration des patients dans la communauté, une fois le traitement terminé, il faut des programmes spécialement conçus pour répondre aux besoins des migrants. Le groupe de travail recommande que **le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social encourage les services provinciaux de santé mentale à accorder une attention spéciale au financement de centre de réadaptation et de réintégration destinés à des groupes ethniques particuliers**.

On trouvera au chapitre sept et dans la conclusion de ce rapport d'autres recommandations au sujet des nouveaux programmes qui s'avèrent nécessaires et de la formation à dispenser pour sensibiliser les travailleurs de la santé mentale aux différences culturelles.

Chapitre 6 :

Les soins de santé mentale hors du réseau officiel

État de la question

Les cours de développement des aptitudes parentales, les groupes de consultation entre pairs et les visites amicales de l'infirmière hygiéniste aident les nouveaux arrivants aussi bien que les Canadiens d'origine à résoudre certains problèmes. En plus de leurs fonctions principales, les organismes qui dispensent ces services aident les gens à faire face au stress et souvent, de cette façon, empêchent une situation difficile de se transformer en maladie mentale. Même s'ils ne sont pas souvent perçus ainsi, les organismes de services communautaires, certaines organisations d'aide aux communautés ethnoculturelles et les dispensateurs de soins sanitaires de base constituent en fait un système de soins de santé mentale fonctionnant en marge du réseau officiel.

Les organismes et les associations qui jouent ou pourraient jouer un rôle dans le domaine de la santé mentale se classent en deux catégories selon les populations qu'ils desservent. Les organismes de services communautaires sont en principe au service de tout le monde, mais en réalité ils ont été conçus par les membres du groupe culturel majoritaire dans le but de répondre à leurs propres besoins. La vocation des organismes de services aux immigrants et des associations ethniques est de faire face aux divers besoins de la population d'origine étrangère et des membres des groupes ethniques minoritaires.

Comme on l'a noté au chapitre cinq, les immigrants et les réfugiés qui ont des problèmes émotifs préfèrent avoir recours à des organismes extérieurs au système officiel de santé mentale. Cependant, l'aide qu'ils reçoivent des services communautaires généraux est limitée du fait des barrières culturelles, tandis que, faute d'argent et d'un mandat adéquat, les organismes de services aux immigrants ne peuvent leur offrir qu'une aide limitée.

Les services de santé mentale traditionnels offrent des consultations... mais ils n'ont ni la compétence linguistique ni la sensibilité culturelle qu'il faudrait pour fournir des services appropriés et efficaces. D'autre part, les organismes de services

aux immigrants, bien que prêts à apporter leur aide dans ce domaine, ne disposent ni de fonds destinés à cette fin ni du personnel nécessaire. Cela explique que les immigrants et les réfugiés ne reçoivent pas les soins de santé mentale dont ils ont besoin, alors qu'ils constituent un groupe très vulnérable.
(Mémoire : ACCESS Committee, Ottawa-Carleton)

Les services communautaires à vocation générale

Les nouveaux arrivants auront probablement recours à un organisme dont les locaux sont faciles d'accès et qui fait partie intégrante de leur vie communautaire, de préférence à un autre dont les services semblent viser spécialement la santé mentale :

... le voisinage, un cadre rassurant, voilà vers quoi iront en particulier les réfugiés, qui hésitent à se diriger vers tout ce qui s'appelle «aide psychologique», car ils ont peur que que cela nuise à leur... status.
(Mémoire : B.C. Association of Social Workers, Multicultural Concerns Committee)

Cette situation présente un certain avantage : plus les immigrants et les réfugiés fréquentent les services communautaires à vocation générale, plus ils s'intègrent dans la collectivité.

Les exposés présentés au groupe de travail indiquent que parmi les organismes desservant l'ensemble de la communauté, les services familiaux, les services de santé publique et les centres communautaires jouent un rôle particulièrement important en ce qui a trait à la santé mentale des migrants. Le rôle des commissions scolaires et d'autres organismes qui s'occupent des enfants sera traité au chapitre neuf.

Les associations de services familiaux offrent des consultations aux familles et aux particuliers. La Family Services Association of Metropolitan Toronto, qui dessert plus de 10 000 familles et particuliers par année, est engagée dans la réinstallation des réfugiés aussi bien que dans un programme de consultations continues. On compte parmi les cas traités des conflits entre parents et enfants, et entre époux, qui présentent des aspects culturels singuliers.

Des tensions se manifestent dans la famille lorsque les enfants d'immigrants adoptent plus rapidement que leurs parents les manières du pays hôte. Quand ils commencent à se vêtir et à agir comme leurs camarades canadiens d'origine, les enfants de migrants peuvent transgresser les normes culturelles de leurs parents, et leur comportement peut sembler honteux ou irrespectueux. Quand les épouses immigrantes endossent l'idéologie canadienne de l'égalité des sexes, cela peut provoquer un stress chez leur mari et de la tension dans leur relations matrimoniales. Les organismes de services familiaux sont en mesure d'aider à résoudre ces problèmes en s'assurant que leur personnel est représentatif des grands groupes culturels, en lui offrant des cours de sensibilisation aux différences culturelles et en servant de lien entre les immigrants et des associations ethniques particulières.

Certaines associations de services familiaux offrent de bons programmes de soins de santé mentale aux immigrants comme à la communauté en général, mais l'accès à ces programmes est limité en raison de contraintes financières dues au fait que leurs honoraires ne sont pas défrayés par les régimes d'assurance-maladie.

Dans le domaine des consultations en santé mentale, les organismes comme le nôtre (FSA) ont un problème supplémentaire, car étant en dehors du système officiel de santé mentale, nos services ne sont pas couverts par O.H.I.P. Dans le cadre de notre travail spécialement en ce qui concerne les réfugiés, et, plus récemment, ceux qui viennent d'Amérique latine, nous rencontrons de graves problèmes de santé mentale, qui sont souvent le résultat d'expériences violentes dans leur pays d'origine. En ce moment, les services rendus à ces clients sont défrayés en partie par des oeuvres de charité, en partie par de petites subventions gouvernementales et en partie par les clients. Si nous devons continuer notre travail auprès de ces gens, il faudra trouver des fonds pour qu'il leur soit plus facile d'avoir accès aux services dont ils ont besoin.
(Mémoire : Family Service Association of Metropolitan Toronto)

Plusieurs **services de santé publique** ont inclus les besoins spécifiques des migrants dans leurs programmes de promotion de la santé. Jusqu'à ce que les coupures de budget récentes mettent ces programmes en péril, le Vancouver Health Department fournissait des services de prévention aux enfants immigrants et réfugiés des écoles élémentaires et secondaires. Ces programmes, dispensés par des psychiatres, des infirmières et des

interprètes dont plusieurs étaient eux-mêmes immigrants, offraient deux niveaux de services. La prévention primaire mettait en jeu des groupes de soutien social pour les parents et les adolescents, des séances de sensibilisation aux différences culturelles à l'intention des médecins de famille et des infirmières hygiénistes, et la mise à la disposition du public de matériel éducatif. La prévention secondaire se fondait sur la consultation sur cas direct et indirect, l'intervention d'urgence, la consultation de courte durée, la coordination inter-organismes et le suivi. On y traitait notamment des cas de violence familiale, d'échec scolaire et d'angoisse chez les jeunes pris entre les pressions de leurs camarades et les attentes de la famille et des groupes religieux traditionnels. Dans l'exposé qu'il a présenté au Groupe de travail, le Vancouver Health Department a souligné la nécessité et l'utilité de la coordination des efforts pour arriver à résoudre les problèmes : les cas se règlent grâce aux efforts concertés de plusieurs intervenants tels les conseillers scolaires, les employés des services de santé et les médecins de famille.

Dans le Toronto métropolitain, le Service de santé tente de répondre aux besoins des minorités culturelles en encourageant le développement communautaire, en entretenant un réseau multiculturel de travailleurs de la santé mentale et en diffusant de la documentation sur la santé dans laquelle on tient compte des différences culturelles. On tente également de faciliter l'accès aux services au moyen d'un programme d'embauche caractérisé par l'égalité des chances et en intercédant auprès des organismes de planification et de financement.

Le Board of Health d'Edmonton offre, en collaboration avec les associations ethniques, des programmes spéciaux pour les immigrants, entre autres des classes prénatales, des groupes de discussion sur le stress, la nutrition et la planification familiale, ainsi que des camps d'été pour les enfants.

Les **centres communautaires** apportent également leur concours au soutien de la santé mentale. L'Association of Neighborhood Houses of Greater Vancouver joue un rôle de prévention et offre de l'aide aux immigrants sous la forme de services de garderie préscolaire et parascolaire, de soirées culturelles, de cours sur la citoyenneté et de groupes de communauté d'intérêts. Le centre communautaire peut servir de point de rencontre entre immigrants et non-immigrants : en sensibilisant l'ensemble de la communauté aux différences culturelles, on aide à créer un environnement où les immigrants sont mieux acceptés.

Les organismes de services aux immigrants

Les activités des services aux immigrants, qu'ils soient multiculturels ou orientés vers un groupe donné, ont des incidences importantes sur la santé mentale. Certains services offrent des consultations individuelles ou familiales aux minorités ethniques. D'autres appuient le développement de communautés ethniques. D'autres encore servent de liaison avec les services communautaires à vocation générale. Il y a aussi des groupes très spécialisés, notamment dans la préparation au marché de l'emploi et la formation professionnelle.

Les employés des organismes voués à un groupe ethnique donné sont bilingues et biculturels, et plusieurs d'entre eux sont des immigrants ou des réfugiés. Les programmes d'approche et de sensibilisation de la collectivité agissent souvent comme des catalyseurs du développement communautaire, et servent à promouvoir le parrainage et l'éducation du grand public. Les groupes d'entraide et les organismes mis sur pied et administrés par les communautés ethniques jouent aussi un rôle dans le domaine de la santé mentale.

Le Catholic Immigration Bureau est un exemple d'organisme multiculturel de services aux immigrants. Le Bureau dispense des services sociaux aux immigrants et aux réfugiés de l'archidiocèse de Toronto. Cet organisme a mis un terme à ce qui semblait être une épidémie de problèmes conjugaux dans la communauté latino-américaine, au moyen de programmes novateurs basés sur une bonne connaissance du milieu culturel. Ce succès est attribuable à la coopération du personnel de l'organisme et des chefs religieux et autres leaders de la communauté, et à la perspicacité avec laquelle le programme a mis à profit les particularités culturelles observées dans la communauté.

Les membres du personnel ont décrit aux pasteurs certains modes de comportement, qu'ils avaient pu observer; les pasteurs ont parlé dans leur homélies des problèmes reliés à ces comportements et les membres de la communauté ont commencé à demander des consultations, individuellement ou à deux. Le personnel de l'organisme est venu à leur aide, de même que deux couples à l'union solide qui sont devenus par la suite des piliers de la

communauté. Cette version simulée du réseau familial étendu a porté fruit, et des relations de couple jusque là violentes et qui semblaient condamnées ont commencé à se rétablir dans ce contexte avec l'aide des nouveaux «tuteurs».
(Mémoire : Catholic Immigration Bureau)

C'est dans le même esprit d'ouverture aux différences culturelles que le Bureau offre aux nouveaux arrivants des services de réinstallation individualisés incluant une évaluation et des consultations personnelles, familiales et professionnelles.

Les églises auxquelles les immigrants et les réfugiés appartenaient dans leurs pays d'origine leur fournissent aide et réconfort à leur arrivée au Canada, bien qu'elles ne disposent pas de services officiellement destinés aux consultations et à l'aide sociale. Elles jouent donc un rôle important dans l'orientation des immigrants vers les services de soins de santé mentale.

Les immigrants d'origine africaine semblent d'abord répugner à faire appel aux services, mais ils sont nombreux à s'adresser sans réticence aux églises. Celles-ci peuvent donc être un maillon précieux de la chaîne de distribution des soins de santé mentale.
(Mémoire : Canadian-African Newcomer Aid Centre of Toronto)

S.U.C.C.E.S.S. — la Strathcona United Chinese Community Enrichment Services Society — à Vancouver, est un de ces organismes qui dispensent des services sociaux aux immigrants d'un groupe ethnique donné. S.U.C.C.E.S.S., l'un des plus grands organismes de ce genre au Canada, offre des cours d'initiation à la vie familiale, d'enrichissement de la vie conjugale et de développement des aptitudes parentales. Également à Vancouver, O.A.S.I.S. (Orientation Adjustment Services for Immigrant Societies) offre des services de traduction et de consultations familiales, de même que des services officiels de santé mentale comme le traitement de cas. À Toronto, le Family Counselling Centre COSTI-IIAS aide les néo-Canadiens d'origine italienne à résoudre leurs conflits matrimoniaux et de générations, et les nouveaux arrivants en provenance de l'Afrique peuvent s'adresser au CANACT (Canadian-African Newcomer Aid Centre of Toronto); ceux du Portugal qui s'installent à Montréal ont accès au Centre portugais de référence et de promotion sociale.

Un organisme à services multiples de Toronto, le Southeast Asian Services Centre, administre un programme de logement subventionné à l'intention des réfugiés vietnamiens, et s'efforce de créer un environnement familier pour les nouveaux arrivants par le biais d'activités rassurantes comme un club social pour les aînés. Au Manitoba, S.E.A.R.C.O.M. (South East Asian Refugee Community Organization of Manitoba) organise des activités culturelles de type traditionnel à l'intention des jeunes migrants.

Un programme de soutien communautaire, c'est un effort pour recréer certains aspects de la culture du Sud-Est asiatique, pour offrir aux jeunes migrants un soutien dont ils ont grandement besoin. Au Centre communautaire, il y a des activités culturelles et sportives qui les font se sentir chez eux; les écoliers viennent se faire aider dans leurs devoirs, spécialement ceux dont les antécédents scolaires ne sont pas adaptés au système canadien; ils se reposent des pressions de la famille et de l'école; ils se font des amis, ce qui est très important pour les jeunes, surtout ceux qui sont arrivés seuls au Canada; ils ont l'occasion d'acquérir des qualités de chef; enfin ils s'entraident, se soutiennent, se renseignent et se conseillent mutuellement.
(Mémoire : S.E.A.R.C.O.M.)

Les personnes originaires du Sud-Est asiatique croient fermement qu'une famille heureuse engendre des enfants en santé et socialement productifs. En nous basant sur cette conviction, nous croyons que la prévention doit se faire sur une base plus large, et plus en profondeur, et qu'elle doit faire appel à la collaboration de toute la communauté de telle sorte que chaque membre soit au courant de ce qui se passe et se sente responsable de toute la communauté comme d'une grande famille.
(Mémoire : S.E.A.R.C.O.M.)

La Jamaican Canadian Association, qui a fait ses débuts dans le soutien communautaire par le biais de son programme de «copains» (Pals), prépare des bénévoles à agir comme grands frères ou grandes soeurs adoptifs de jeunes en quête d'un exemple à imiter.

Certains organismes voués à une ethnie spécifique et qui sont installés dans les grands centres urbains concentrent leurs efforts sur la santé mentale. Le groupe Community Resources Consultants de Toronto fait état de cinq de ces services de santé

mentale dans la région métropolitaine, qui desservent les immigrants et les réfugiés : Hong Fook, qui offre des services de soutien et la liaison inter-organismes; Breakthrough, un groupe de soutien hebdomadaire à l'intention des Italiennes; Jerry Turk Fellowship Home, un organisme de ressources en logement qui s'adressent aux Juifs; le Portuguese Community Mental Health Project, un service d'évaluation et de consultations; et Kensington Clinic, une clinique de désintoxication à l'intention de la communauté portugaise.

Les communautés ethniques ne se développent pas toutes au même rythme, et ont des besoins particuliers à des moments différents. Les organismes qui s'occupent d'un groupe en particulier répondent à des besoins immédiats, surtout dans les cas où le client ne parle aucune des deux langues officielles. Ils ne peuvent toutefois pas constituer une solution à long terme viable pour tous. Certains groupes ethniques ne souhaitent peut-être pas apporter leur soutien à de tels organismes. Le fait de s'en remettre exclusivement aux services réservés à une ethnie donnée renforce la marginalisation des migrants; elle peut conduire aussi à l'isolement et à l'impasse professionnelle les auxiliaires en soins de santé mentale provenant des ethnies minoritaires.

Les organismes de liaison

Certains groupes travaillent inderectement au bien-être mental des immigrants en assurant la coordination des services offerts par d'autres organismes. Plutôt que de fournir directement des services, ces groupes travaillent à forger des liens entre les services communautaires à vocation générale et les services qui visent les immigrants et les réfugiés.

L'Immigrant Access Service du Manitoba, avec son personnel multiculturel et multilingue, et le Hong Fook Mental Health Association de Toronto sont des exemples à suivre, en matière de planification à long terme et en général.

Hong Fook n'offre pas de services de soins primaires, mais agit plutôt comme expert-conseil et intermédiaire culturel grâce à son personnel bilingue et biculturel :

i) consultation auprès des professionnels et des organismes au sujet de la culture, du traitement des cas, de la planification des programmes, et des ressources communautaires;

ii) évaluation, ou aide à l'évaluation de particuliers et de leurs familles, au foyer ou dans les locaux de l'organisme ou d'une institution;

iii) aiguillage des clients vers les ressources dont ils ont besoin, et liaison avec celles-ci;

iv) soutien à court terme, par des consultations, de particuliers et de familles en proie au stress;

v) services d'interprétation, d'intercession et d'escorte pour les particuliers et les familles qui font face à des problèmes de santé mentale;

vi) traitement de cas à l'intérieur de la communauté;

vii) éducation des particuliers, des familles et de toute la communauté au sujet de la santé mentale; et

viii) familiarisation des spécialistes de la santé mentale avec les croyances et les pratiques propres à la Chine et à l'Asie du Sud-Est dans le domaine de la santé.

(Mémoire : Hong Fook Mental Health Association)

Comme d'autres organismes de liaison, Hong Fook dessert une clientèle ethnique donnée. C'est là une caractéristique importante car elle souligne et renforce le rôle des valeurs culturelles dans la distribution des services. «Il est important de trouver des solutions à l'intérieur du contexte culturel, c'est-à-dire de rester dans le cadre des valeurs qui sous-tendent la vie des gens» (Agard, 1987).

Voici les noms de quelques organismes de liaison : Portuguese Interagency Network, Metropolitan Toronto Multicultural Mental Health Group, Multicultural Health Coalition, Alberta Association of Immigrant Serving Agencies.

La fragmentation des services

Le bien-être des immigrants et des réfugiés est ou devrait être l'affaire de tous les paliers administratifs et de tous les organismes : le système officiel de soins de santé mentale, les services communautaires généraux et les organismes de services aux immigrants. Plusieurs de ces entités offrent des exemples éloquents du dévouement et de la créativité des Canadiens qui s'occupent de la réinstallation des nouveaux arrivants. Au risque de décourager ces efforts, il est nécessaire de faire remarquer que les services qu'ils offrent sont fragmentés. Les services

provinciaux sont organisés d'une manière qui convient à une société stable, mais pas à des nouveaux venus, dont les différents besoins tendent à être plus interdépendants et à se chevaucher. Les problèmes de langue sont inextricablement liés à ceux de la formation professionnelle et de l'emploi, et les problèmes de logement aux besoins en aide sociale; et tous ont des répercussions importantes sur la santé.

On ne peut pas morceler les besoins des nouveaux arrivants pour les adapter à la spécialisation des différents organismes. Le personnel des ministères et des organismes subventionnés par le gouvernement a tendance à se spécialiser dans la solution d'un type déterminé de problèmes. Renvoyés continuellement d'un bureau à un autre pour des raisons qu'ils ne comprennent pas toujours, les immigrants finissent par se sentir épuisés, démoralisés et même rejetés par un système où ils n'arrivent pas à trouver la personne ou le bureau qui puisse régler leur cas particulier.

La frustration et le manque d'efficacité provoqués par la fragmentation des services ont poussé certains groupes à demander aux gouvernement de repenser leurs structures à la lumière des besoins nouveaux.

> *Il devrait n'y avoir qu'un ministère ou un service gouvernemental central qui s'occupe de tout ce qui touche à la réinstallation et au bien-être des immigrants et des réfugiés : aide sociale, formation linguistique, aide à l'emploi et formation professionnelle, allocations, santé, etc. Ou bien alors, qu'on améliore la communication entre les services. Si la situation ne change pas, le bien-être des immigrants et des réfugiés pourraient très bien un jour n'être plus l'affaire de personne. (Mémoire : S.U.C.C.E.S.S.)*

Les communautés et les organismes intéressés reconnaissent les avantages d'un système de soins unifié, où la communication et la coopération entre organismes seraient parfaites. Le Groupe de travail a entendu une description réaliste de ce que serait un tel système et de quelles façons il aiderait les nouveaux arrivants à surmonter les obstacles qui semblent leur bloquer l'accès aux soins de santé mentale.

> *Si le système veut assurer à cette communauté les meilleurs services de soins de santé mentale possible, il devra se débarrasser d'un certain formalisme et aller au-devant des groupes visés. Le caractère même de l'hospitalité africaine et la tradition qui s'y rattache ont fait du foyer africain un endroit ouvert et chaleureux, et c'est dans une telle atmosphère que le patient en viendra à accepter la thérapie. Les églises aussi, et les associations d'immigrants africains peuvent mettre l'immigrant qui a des problèmes, en contact avec les hôpitaux et les professionnels de la santé mentale, à condition que la communication soit réelle et constante entre toutes les parties en cause et qu'on puisse aisément diriger le patient vers le service approprié. Un petit nombre de praticients ont déjà vécu en Afrique et la culture de leurs patients africains leur est familière, mais la plupart des professionnels de la santé ont besoin d'être conseillés en matière de culture africaine. Les organismes spécifiquement africains peuvent jouer ce rôle de conseiller, et les professionnels feraient bien de recourir à eux en cas de besoin. (Mémoire : Canadian-African Newcomer Aid Centre of Toronto)*

L'importance de cet extrait tient dans le fait qu'on y présente le système de soins de santé mentale comme un maillon, pas nécessairement le dernier, de la chaîne des soins de santé. Les représentants des organismes ethniques ont un rôle à jouer, non seulement pour diriger les patients vers le service approprié, mais aussi comme conseillers et interprètes pendant le traitement, et pour aider le patient à se réadapter après une période de maladie.

La fragmentation des services est due en partie à la concurrence, entre individus aussi bien qu'entre organismes et services gouvernementaux. Au lieu de coopérer, les organismes se voient obligés de s'arracher les maigres ressources disponibles en personnel qualifié ou spécialisé et en argent. Le Groupe de travail croit cependant que plusieurs de ces difficultés sont d'origine structurelle; les services sont conçus beaucoup plus selon le respect des fiefs politiques et professionnels qu'en fonction de la composition de l'éventail des besoins.

Il faudra, pour remédier à cette situation, accorder certains avantages aux organismes qui s'ouvriront plus largement aux besoins des immigrants et des réfugiés. Le Groupe de travail recommande que **le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, et le Secrétariat d'État incitent toutes les sources de financement à exiger que les organismes qui font appel à elles prouvent qu'ils ont fait des efforts pour se rendre plus accessibles aux minorités ethniques, et qu'ils démontrent l'efficacité de ces efforts.** La qualité des liens entre les services communautaires à vocation générale, les

organismes de services aux immigrants et les associations ethniques devrait faire partie des critères d'attribution des subsides et être démontrée par des programmes de formation et de consultation mutuelles ainsi que par la constitution de comités inter-organismes chargés de mettre sur pied, de surveiller et d'améliorer les mécanismes de liaison.

Le santé mentale doit être partie intégrante des tâches des organismes qui s'occupent des immigrants et des réfugiés. Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social devrait encourager et soutenir financièrement, à l'intérieur des organismes de services aux immigrants, les programmes de formation en consultation entre pairs à l'intention des bénévoles immigrants. L'alliance des compétences des services communautaires à vocation générale, des organismes de services aux immigrants et des services visant un groupe ethnique donné doit être encouragée de façon concrète. Le Groupe de travail recommande que **le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social inclue les immigrants, les réfugiés et les groupes multiculturels dans ses objectifs prioritaires lorsqu'il distribue des subventions pour la promotion de la santé, la recherche et autres activités vouées au mieux-être de la population**. Le Ministère devrait favoriser les organismes méritants et prometteurs, qu'ils soient nationaux ou provinciaux.

Pour réduire la fragmentation des services et en favoriser l'unification, un nouveau groupe doit être mis sur pied, qui coordonne et surveille les programmes et favorise la coopération entre les divers organismes canadiens privés et gouvernementaux qui servent les immigrants au Canada : le groupe de travail recommande **la formation, par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, d'un corps consultatif national qui assure, en collaboration avec les associations professionnelles, les services administratifs et les organismes de services aux immigrants, la coordination et la surveillance des services sociaux, de santé et de santé mentale offerts aux minorités ethniques**. Le Ministère devrait encourager la formation d'un corps consultatif du même type dans chaque province.

Lorsque vient le moment de nommer les membres des divers conseils, commissions et comités consultatifs sur la santé, la santé mentale et les services sociaux, le Ministère et ses homologues provinciaux devraient prendre en considération les connaissances, l'expérience, et la compétence des candidats en ce qui a trait aux particularités culturelles et aux problèmes spécifiques des immigrants et des Canadiens appartenant aux minorités ethniques.

Chapitre 7 :

Formation des dispensateurs de services

État de la question

Si la majorité des cliniciens s'accorderaient probablement à dire qu'il est important de comprendre la culture d'un patient, le défi consiste maintenant à adapter ce principe aux programmes de formation des spécialistes de la santé mentale. Grâce à une formation adéquate, les praticiens pourraient comprendre de façon plus précise comment la culture affecte la définition et la compréhension de la maladie mentale, comment elle détermine la relation thérapeute-patient et comment elle aide à prévoir la réaction au traitement.

Au Canada, plusieurs programmes collégiaux, post-universitaires et internes offrent une formation interculturelle aux étudiants et praticiens engagés dans les domaines de la santé mentale. Toutefois, une telle formation ne revêt pas une grande priorité. Elle est rarement obligatoire ou évaluée. Les rapports traitant des programmes de formation apparemment réussis n'ont pas été assez largement distribués pour que ceux-ci soient répétés ou adaptés dans d'autres milieux.

Pour s'assurer que les spécialistes de soins mentaux reçoivent la formation nécessaire pour travailler avec une clientèle multiculturelle et siéger dans les organismes consultatifs, les gouvernements fédéral et provinciaux doivent inciter et soutenir les établissements d'enseignement et les associations professionnelles pour qu'ils attachent une priorité à la formation interculturelle.

Programmes d'études

Bien que beaucoup d'universités et de collèges canadiens offrent des cours centrés sur la prise de conscience et la sensibilisation aux réalités culturelles, aucun règlement n'exige que ceux qui se préparent à dispenser ces services suivent ce programme d'études. De plus, les organisations professionnelles canadiennes et les organismes d'accréditation n'ont pas fait grand-chose pour donner à l'étude des autres cultures un caractère

prioritaire. À cause de cela, les immigrants et les réfugiés ne trouvent que peu de professionnels dispensateurs de soins qui soient conscients de la dimension culturelle.

Les initiatives prises dans le domaine de la formation interculturelle le sont généralement par des individus intéressés au sujet mais qui n'ont pas toujours un soutien administratif durable. Le département de consultation en psychologie de l'Université de la Colombie-Britannique et l'Institut de psychiatrie Clarke, de Toronto, offrent deux exemples de ce genre de programmes au Canada. Les exposés présentés au Groupe de travail soulignent la nécessité de donner une formation interculturelle aux spécialistes oeuvrant dans un large éventail de domaines: éducateurs, médecins de famille, médecins généralistes, infirmières, psychiatres, psychologues, personnel de la santé publique et travailleurs sociaux.

Les exposés présentés au Groupe de travail proposent que la matière des cours vise à informer les étudiants sur l'incidence des facteurs socioculturels dans l'apparition, les manifestations et le pronostic de la maladie ainsi que sur la façon dont les gens s'y prennent pour trouver un traitement. Parmi les questions d'intérêt, on pourrait citer :

- les facteurs pré et postmigratoires qui augmentent les risques;
- l'impact des facteurs sociopolitiques et culturels sur le diagnostic;
- comment la culture influe sur la perception des causes de la maladie;
- les facteurs socioculturels qui influent sur le développement, l'apparition et la cause de la maladie;
- l'influence de la culture sur la façon de rechercher de l'aide, sur le traitement et sur la réaction aux soins;
- les services nécessaires aux groupes à «hauts risques», tels que les victimes de torture, les personnes âgées, les enfants, les adolescents et les femmes;
- la distinction entre immigrants et réfugiés et l'identification des problèmes et des besoins propres à chacun.

Les connaissances que l'on a d'une certaine culture ne sont pas nécessairement transposables. Il peut être avantageux pour un médecin de famille de Vancouver de connaître la culture japonaise puisqu'un nombre significatif de Japonais résident dans cette ville. Mais, si ce médecin déménage à Montréal, il serait plus utile qu'il soit familiarisé avec la culture portugaise ou algérienne. Les programmes s'adressant à la majorité des professionnels devraient comporter un enseignement général de sensibilisation à la réalité culturelle, complété de cours plus spécifiques portant sur les groupes culturels locaux.

Formation spécialisée

Dans l'état actuel des recherches du Groupe de travail, il lui semble qu'aucun des organismes d'accréditation qui établissent les critères de formation pour les catégories professionnelles telles que la médecine familiale, les sciences infirmières, la psychiatrie, la psychologie et le travail social n'exige une formation visant à sensibiliser ces spécialistes aux questions d'ordre culturel. Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada exige, pour la spécialisation en psychiatrie, une connaissance des «réactions psychosociales à la maladie»; cependant les directives relatives à la formation ne spécifient aucun cours visant à sensibiliser aux questions d'ordre culturel. De même, le Collège des médecins de famille du Canada n'exige aucune formation visant la sensibilisation à de tels problèmes.

Les critères d'accréditation des programmes de psychologie clinique et des internats de l'Association canadienne de psychologie (1984) énoncent un idéal qui, s'il était poursuivi consciencieusement, contribuerait à assurer des services de qualité aux clients issus de groupes minoritaires : «... le respect pour les différences culturelles et individuelles devrait se refléter dans toutes les phases de la mise en application d'un programme, y compris dans l'embauche et l'avancement des professeurs, le recrutement et l'évaluation des étudiants, la planification du programme d'études et la formation spécialisée.» Cet énoncé ne requiert toutefois pas de formation interculturelle obligatoire.

Les organismes d'accréditation professionnelle autorisent des initiatives individuelles visant à mettre sur pied, dans tout le pays, des programmes de formation. Le programme de formation des internes du départment de psychiatrie de l'Université McGill consacre dix heures de cours à des questions reliées à la culture telles que culture et dépression, schizophrénie et culture, syndrômes de déracinement culturel et influences culturelles sur l'abus des

drogues. On ne dispose d'aucun sondage exhaustif sur le degré de sensibilisation culturelle résultant des programmes canadiens de formation psychiatrique. Toutefois, un sondage mené en 1977 aux États-Unis, et portant sur l'enseignement des questions culturelles dans le cadre des programmes d'internat en psychiatrie, est révélateur. Sur les 110 programmes de formation pour lesquels on avait répondu au questionnaire (taux de réponse de 50 p. 100), 10 p. 100 disaient offrir un cours spécial sur les minorités et les questions multiculturelles et 35 p. 100 disaient relier ces questions à d'autres thèmes. Une nouvelle étude, en 1984, témoignait d'une baisse de l'intérêt pour l'enseignement culturel dans les programmes américains au cours de cet intervalle de sept ans.

Aux États-Unis, l'enseignement dans le domaine du travail social met peut-être davantage l'accent sur les questions d'ordre culturel que les autres disciplines, mais on ne dispose d'aucun résultat de sondage exhaustif. Le manque de formation en matière de problèmes culturels se retrouve tant en psychologie qu'en psychiatrie. Dans les années 1970, des conférences et des recommandations préconisaient que les programmes américains de psychologie intensifient l'enseignement dans ce domaine, mais un sondage effectué dans les années 1980 montrait que moins de la moitié des programmes universitaires ayant répondu offraient des cours de psychologie culturelle.

Au Canada, la formation orientée vers la culture dans les domaines de la psychiatrie, de la psychologie ou du travail social, n'est probablement pas très différente de celle des États-Unis, mais les sondages portant sur les programmes de formation au Canada seraient maintenant souhaitables. Les services offerts ici sont très différents de ceux offerts aux États-Unis. La disponibilité, le contenu et la méthodologie de la formation sont influencés par la répartition démographique des immigrants et des réfugiés, les antécédents culturels des groupes de patients les plus fréquentés dans la pratique et les politiques gouvernementales quant à l'approvisionnement des services.

Formation en cours d'emploi

Les exposés présentés au Groupe de travail ont souligné avec force la nécessité de donner une formation interculturelle aux personnes travaillant dans le domaine des services sociaux et de la santé, ainsi que des services éducatifs et juridiques. Il est nécessaire de sensibiliser les gens aux similitudes et différences culturelles. Il faut élaborer des politiques, des programmes et trouver les ressources qui permettront de perfectionner les compétences du personnel en matière de diagnostic, de traitement et de réadaptation. Les programmes de formation devraient aussi s'intéresser aux besoins des groupes à «risques élevés» tels que les victimes de la torture, les femmes, les adolescents, les enfants et les personnes âgées.

Au Canada, la plus grande partie de la formation donnée dans les organismes de services sociaux et de santé se fait de façon non systématique. Généralement, le cours est mis sur pied par l'organisme pour répondre à ses besoins immédiats ou sur l'initiative d'un employé particulièrement intéressé par un sujet. La plupart de ces activités de formation étant dictées par l'urgence des cas qui se présentent à l'organisme, elles n'ont pas tendance à se transformer en un programme suivi, à long terme, imposé au personnel.

Le grand nombre d'immigrants et de réfugiés installés dans les centres urbains force les organismes à former leur personnel. Dans ce cas, les professionnels ou les chefs de file des communautés d'immigrants et de réfugiés peuvent contribuer à la formation. Dans tout le Canada, les services sociaux et de la santé ainsi que d'autres associations communautaires à vocation générale embauchent un nombre croissant de personnes issues de groupes minoritaires. Ces employés ont eux-mêmes besoin d'être formés à traiter avec des personnes dont la culture diffère de la leur.

Dans les petites communautés éloignées de tout centre de ressources, l'absence de pression tend à abaisser le niveau de priorité que l'on attacherait normalement à la formation interculturelle. Lorsqu'on y rencontre des immigrants ou des réfugiés aux prises avec des problèmes, le manque de formation suscite, chez les immigrants et le personnel, un sentiment d'impuissance et de frustration. Comme l'indiquait l'Association pour les nouveaux Canadiens de St. John's, Terre-Neuve : «pour ceux d'entre nous qui essayent d'aider, la plus grande frustration vient d'un sentiment d'impuissance et d'ignorance quant aux ressources auxquelles nous pourrions faire appel pour nous aider.»

Il existe des modèles de formation qui pourraient être adaptés à l'éducation interculturelle des spécialistes des services installés dans les régions peu

peuplées. Par exemple, une équipe multidisciplinaire qui visite régulièrement les postes sanitaires de l'Arctique assure les consultations, la supervision clinique et la formation de travailleurs Inuit de la santé. La formule du travailleur itinérant dans les agences d'accueil des Services de la santé mentale de l'Alberta aide beaucoup de praticiens installés à l'extérieur d'Edmonton. Les aides techniques comme la télévision en mode interactif, les instruments audiovisuels et les trousses d'auto-enseignement pourraient aussi être exploités à ces fins.

Rôle des organismes de services aux immigrants

Un rapport récent intitulé *Accès aux services sociaux et de la santé pour les membres des groupes culturels et de groupes raciaux minoritaires*, du Conseil de la planification sociale du Toronto métropolitain, indique :

> *Alors que l'étude suivait son cours, il est apparu évident que le «système» des services sociaux et de la santé, au moins pour les membres des groupes culturels et des groupes raciaux minoritaires, pourrait être caractérisé par la coexistence de deux solitudes qui, bien que voisines, vivent séparées, sans tenir compte l'une de l'autre ni compter l'une pour l'autre.*

Cette phrase décrit avec justesse ce qui semble arriver à l'échelle nationale. Le manque de fonds est souvent invoqué comme étant un obstacle à la formation interculturelle des praticiens de la santé mentale et à la formation en soins de la santé mentale pour les gens qui travaillent avec le public et des groupes ethniques donnés. Jusqu'ici, on a essayé très peu de modèles pouvant répondre au grand besoin de formation de ces deux groupes.

Plusieurs exposés mettent en lumière la participation des organismes de services aux immigrants dans la formation interculturelle du personnel des services communautaires à vocation générale, non seulement pour mieux les conscientiser et les sensibiliser à la culture mais aussi pour augmenter leur efficacité et les mettre plus à l'aise avec les immigrants et les réfugiés. Plusieurs de ces organismes de services aux immigrants organisent des conférences et des séminaires, et consultent le personnel des services communautaires à vocation générale. Certains offrent aussi des services de placement pour les étudiants. Les efforts de l'Association de la santé mentale Hong Fook montrent comment les organismes multiculturels et visant un groupe ethnique donné peuvent offrir et offrent effectivement une formation aux travailleurs des services communautaires à vocation générale.

> *L'Association de la santé mentale Hong Fook organise des activités éducatives pour sensibiliser les travailleurs de la santé mentale aux besoins de notre population cible et donne des renseignements sur les méthodes d'approche pertinentes, eu égard à la culture,pour travailler avec notre clientèle. Parmi ces activités, on compte par exemple la conférence professionnelle annuelle et des déjeuners-séminaires. Le personnel de Hong Fook fait aussi des exposés aux organismes et aux groupes. Nous avons été invités par des facultés et des étudiants d'écoles de formation professionnelle à offrir des services de placement... Dans le budget de 1986–1987, nous avons réservé des fonds pour engager un recherchiste et mener une étude sur la mise au point d'un programme de formation destiné à des travailleurs des services sociaux et de santé pour les communautés du Sud-Est asiatique. (Mémoire : Association de la santé mentale Hong Fook)*

Bien qu'ils n'aient ni le mandat, ni la formation, ni l'expérience professionnelle pour dispenser des soins de santé mentale, les employés d'organismes multiculturels ou liés à une communauté ethnique qui sont issus de minorités culturelles ont souvent à s'occuper de clients éprouvant des problèmes psychologiques. Pour qu'ils puissent accomplir un travail plus efficace, ces employés auraient besoin d'être en mesure de déceler rapidement les problèmes chez leurs clients et de bien les orienter.

Le Reciprocal Training Program, en Alberta, a conçu une formule destinée à répondre à ce besoin.

L'Institut de psychiatrie Clarke, à Toronto, offre également aux travailleurs chargés de l'accueil des immigrants, un programme de formation intitulé «Comprendre les problèmes psychosociaux et les troubles psychiatriques des immigrants et des réfugiés». Ces séminaires traitent des symptômes, de la thérapie et de la maîtrise des principales maladies psychiques tels que la schizophrénie, la psychose maniaco-dépressive, les troubles somatiques et les troubles dus à l'angoisse, et animent des débats sur des sujets d'ordre culturel tel que les incidences de la culture sur la symptomatologie et la maîtrise des troubles mentaux.

Du point de vue financier, la formule de formation réciproque est idéale. Parmi les autres possibilités, on peut citer les prêts de personnel déjà formé à différents organismes et des accords d'achat de services entre organismes communautaires à vocation générale et organismes de services aux immigrants. Quel que soit le modèle utilisé, la formation devrait viser notamment les objectifs suivants :

- partager des connaissances précieuses sur différentes cultures;
- partager les ressources limitées destinées à la formation;
- constituer des réseaux;
- mettre à profit les points forts de chacun;
- mettre un terme aux malaises et au manque de confiance.

Que la formation vise les travailleurs des services qui s'adressent au groupe culturel majoritaire ou des travailleurs issus de minorités ethniques, il est important de rechercher activement la participation des immigrants et des réfugiés. Leurs connaissances et leur expérience peuvent enrichir le contenu de n'importe quel programme. Plusieurs présentations orales adressées au Groupe de travail mettaient en garde contre le danger de ramener les autres cultures à des stéréotypes. Parmi les suggestions faites pour faire participer les immigrants à la planification, à l'exécution et à l'évaluation de programmes de formation, on peut citer les suivantes : consulter un comité consultatif multiculturel; inviter des membres de communautés ethniques particulières à donner des conférences ou à faire des présentations orales; effectuer une partie de la formation sur place, comme le fait le Programme de formation réciproque de l'Alberta. Cette méthode d'approche :

- garantit que la formation est adaptée à la culture et est appropriée;
- fait intervenir les ressources et les talents d'immigrants et de réfugiés et les invite à participer à la vie de la société;
- favorise l'émergence de chefs de file dans les communautés d'immigrants;
- renforce au besoin la passerelle entre ces «deux solitudes».

Formule nouvelle de formation

Les «courtiers culturels» sont des personnes qui peuvent contribuer à combler le fossé entre la culture ethnique d'un client et la culture professionnelle du dispensateur de soins. Les courtiers culturels peuvent traduire pour le client un univers en apparence souvent déroutant, caractérisé par les attitudes professionnelles, le jargon étrange et une suite interminable de rendez-vous, tout en aidant le professionnel à saisir le rôle des éléments culturels dans la condition du patient.

Les courtiers culturels ont surgi en maints endroits sous la pression de la nécessité. La province du Manitoba a conçu un programme novateur pour former des courtiers culturels. Des étudiants choisis dans le groupe ethnique le plus important de la province sont inscrits à un programme où ils recevront une formation en service social et en soins de santé, en même temps qu'ils se sensibiliseront à la réalité transculturelle. Ce programme appelé à prendre de l'importance devrait faire l'objet d'un suivi sérieux et ses résultats devraient être largement diffusés.

Conclusion

La politique multiculturelle canadienne n'a encore touché que de façon limitée les établissements d'enseignement et de formation professionelle et les organismes de services. Puisqu'il semble y avoir un manque de directives de la part des ministères, des organisations professionnelles et des personnes en autorité, la formation multiculturelle est souvent offerte sur une base facultative ou improvisée. Il n'est donc pas surprenant que, à quelques exceptions près, l'ouverture aux différentes cultures au Canada ne profite qu'aux initiés.

Il ne fait aucun doute que les fonds sont insuffisants; il est également vrai que les responsables n'ont pas reçu un mandat exprès pour financer la formation interculturelle. Celle-ci doit devenir une priorité permanente des établissements d'enseignement des agences de services s'adressant à la collectivité générale aussi bien qu'à celle qui visent les immigrants. La formation devrait inclure : du matériel d'enseignement, autre que la documentation imprimée — par exemple, du matériel audiovisuel — qui serait mis à la disposition de groupes dans tout le pays. On devrait dresser une liste des individus pouvant contribuer à la

planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation de programmes éducatifs et la mettre à la disposition des groupes intéressés. On devrait évaluer chaque programme afin de déterminer son efficacité. On a besoin d'élaborer une variété de programmes flexibles qui s'adapteraient aux besoins d'enseignement afférents à plusieurs disciplines dans les différentes régions du pays.

Pour atteindre ces objectifs aux moindres coûts, on aura recours aux ressources déjà disponibles pour élaborer des modules de formation et livrer les programmes de formation interculturelle. Le Groupe de travail recommande que **Santé et Bien-être social Canada, le Secrétariat d'État et leurs homologues provinciaux encouragent les établissements d'études supérieures à donner une priorité à la formation interculturelle, particulièrement pour les étudiants en éducation, médecine, sciences infirmières, psychiatrie, psychologie et travail social.**

La prestation d'une formation interculturelle exige davantage que des documents didactiques et la reconnaissance de l'importance de celle-ci. La «volonté politique» de fournir une telle formation est indispensable. Le Groupe de travail recommande que **Santé et Bien-être social Canada, le Secrétariate d'État et leurs pendants provinciaux encouragent les établissements d'enseignement supérieur à faire de la formation interculturelle une priorité, particulièrement pour les étudiants inscrits dans les disciplines suivantes : sciences de l'éducation, médecine, sciences infirmières, psychiatrie, psychologie et travail social.**

Les modules de formation élaborés pour chaque discipline et disséminés dans les programmes de formation peuvent aussi être adaptés à l'utilisation interne que peuvent en faire les organismes communautaires à vocation générale. Une telle formation est encore plus efficace lorsqu'elle est donnée par le personnel des organismes de services aux immigrants.

Puisque les préposés aux services aux immigrants qui sont déjà sensibilisés à la dimension interculturelle ont néammoins eux-mêmes besoin d'une formation en soins de la santé mentale, on devrait encourager les accords de formation réciproque entre organismes et les étendre toutes les fois que cela est possible.

Le Groupe de travail reconnaît cependant qu'il existe beaucoup plus d'organismes de services communautaires à vocation générale et de personnel qualifié dans ce domaine que d'organismes et de personnel qualifié pour les services aux immigrants. Les demandes adressées au personnel des services aux immigrants pour qu'ils donnent une formation transculturelle, dans plusieurs cas, empiètent déjà sur le temps requis pour les services à fournir directement aux clients. La mise sur pied de véritables modules de formation interculturelle devrait permettre de hausser la qualité de la formation et contribuer à limiter le recours aux organismes de services aux immigrants aux seuls cas d'accords de réciprocité également profitables aux deux parties.

Chapitre 8 :

Les praticiens issus de groupes ethniques

État de la question

Lorsque les praticiens de la santé mentale parlent couramment la langue et connaissent bien la culture des immigrants et des groupes ethnoculturels, les patients ont tendance à recourir plus volontiers, aux services, à se confier davantage et à suivre les traitements avec plus de confiance que lorsqu'ils ont besoin d'un interprète. Il y a toutefois une pénurie accablante de praticiens pour les minorités ethniques. Et malheureusement, les professionnels formés à l'étranger, qui pourraient servir une clientèle ethnique, sont souvent rejetés de la pratique à cause des restrictions mises à l'obtention du permis et des critères d'admission des établissements post-universitaires.

En libéralisant l'évaluation des diplômes étrangers en soins de la santé mentale et en recrutant activement des candidats issus de minorités ethniques dans des programmes de formation en soins de la santé mentale, le Canada pourrait tirer profit d'une compétence professionnelle déjà disponible et ainsi améliorer de façon significative la qualité des soins mentaux prodigués aux migrants.

Nature et étendue du problème

En fait, tous les exposés présentés au Groupe de travail soulignent le besoin d'avoir des praticiens de la santé mentale parlant la langue et connaissant la culture de la clientèle d'immigrants.

> *Le besoin le plus net est celui de professionnels de la santé mentale issus de communautés ethniques et intéressés à leur propre langue et culture, et qui pourraient intégrer à leur culture les pratiques nord-américaines.*
> *(Mémoire : Intercultural Association of Greater Victoria)*

Les praticiens sont plus satisfaits lorqu'ils peuvent communiquer directement avec leurs patients et plus confiants dans leurs diagnostics lorsqu'ils connaissent le contexte culturel des symptômes. De plus, les praticiens issus de minorités ethniques

servent de modèles pour leurs patients immigrants; ils peuvent assurer le lien avec les communautés ethniques, et sont, pour leurs collègues issus du groupe majoritaire, une source précieuse de consultation et de formation interne.

Comme nous l'avons noté au Chapitre 5, la solution du moindre mal pour répondre aux besoins linguistiques et culturels dans le domaine des soins de santé mentale consiste à engager des interprètes pour les séances de consultation et de thérapie.

> *Il n'est pas rentable de recruter des gens qui parlent la langue mais qui ne peuvent que traduire et interpréter. Ce groupe cible de la population a besoin de professionnels ayant reçu une formation transculturelle, maîtrisant la langue et ayant les qualifications nécessaires pour faire face aux problèmes socio-émotifs de cette population (travailleurs sociaux, psychologues, psychologues cliniques et personnel médical). Idéalement, et pour des raisons évidentes, il serait préférable de disposer de professionnels de la santé mentale ayant les mêmes antécédents culturels que les patients.*
> *(Mémoire : Toronto Board of Education)*

Plusieurs exposés ont fait état d'un «effet de boomerang» qui se manifesterait lorsque des travailleurs responsables de l'accueil de membres d'un groupe minoritaire et des médecins généralistes renvoient des immigrants à des psychiatres et à des psychologues qui ignorent la culture des patients et ne peuvent que les renvoyer aux premiers services.

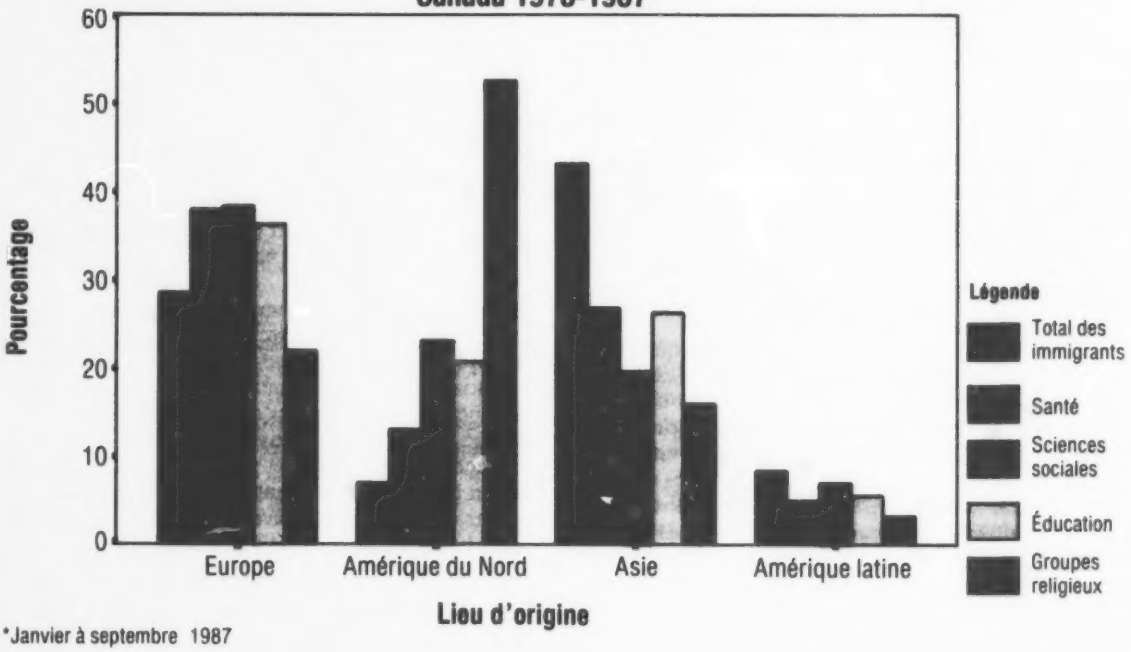
La figure 8.1 présente le pourcentage des professionnels de la santé et de domaines connexes venant d'Europe, d'Amérique du Nord, d'Asie et d'Amérique latine admis au Canada relativement au pourcentage des immigrants provenant des mêmes régions. 28 p. 100 des immigrants, entre 1978 et 1987, venaient d'Europe, mais ce continent fournissait presque 40 p. 100 des professionnels de la santé, des sciences sociales ou de l'éducation. En revanche, 45 p. 100 de tous les immigrants venaient d'Asie, dont seulement 25 p. 100 de professionnels de la santé, 20 p. 100 de professeurs en sciences sociales et 28 p. 100 d'enseignants. La surreprésentation des groupes professionnels est encore plus marquée si l'on observe les migrants de l'Amérique du Nord plutôt que ceux qui viennent de pays européens.

Nous ne savons pas si ces personnes pratiquent leurs professions, ni où ni comment, mais l'on peut raisonnablement supposer, à partir des données de la figure 8.1, que les immigrants européens et les personnes nées en Amérique du Nord qui ont besoin de services de soins mentaux ont à leur disposition plus de professionnels de leur origine ethnique que les immigrants non européens. Même si tous les professionnels admis recevaient l'autorisation de pratiquer, la clientèle asiatique serait probablement plus défavorisée que les migrants nés en Europe et en Amérique du Nord. Toutefois, les politiques restrictives et les limitations mises à l'octroi de permis, qui rendent particulièrement difficile pour les Asiatiques et les Latino-américains la pratique de leur profession, rendent le problème encore plus ardu.

Figure 8.1

Classification du total des immigrants et classification des immigrants dans les professions de la santé et de domaines connexes par lieu d'origine

Canada 1978-1987*



*Janvier à septembre 1987

Politique de sélection de l'immigration

Au palier fédéral, Emploi et Immigration Canada tente de sélectionner, pour sa Catégorie d'immigrants indépendants, les personnes dont la formation et l'expérience peuvent servir au marché du travail canadien. «Les critères liés à l'emploi représentent environ la moitié du total des points qui peuvent être accordés» en vertu du système de points actuel (Emploi et Immigration Canada, 1986). Les individus dont l'emploi est préarrangé ou qui offrent de bonnes perspectives de travailler à leur propre compte reçoivent des points supplémentaires.

On décourage fortement les médecins de soumettre des demandes d'immigration (Emploi et Immigration Canada, 27 mars 1987). Les quelques médecins qui immigrent dans la Catégorie des indépendants sont sélectionnés à l'étranger pour occuper des fonctions bien déterminées et prévues à l'avance. Les médecins peuvent également entrer au Canada en vertu de l'Accord sur les réfugiés ou dans la Catégorie familiale, mais ils sont alors conscients qu'ils pourraient ne jamais pouvoir pratiquer leur profession.

D'autres praticiens de la santé mentale, tels les psychologues, les travailleurs sociaux et les infirmières spécialisées en psychiatrie ne reçoivent aucun avis leur déconseillant d'immigrer, mais ils n'immigrent pas non plus en grand nombre. Un accord récemment signé entre la Commission de l'emploi et de l'immigration du Canada (CEIC) et l'Association canadienne de la santé publique (ACSP) pourrait aider à redresser cette situation. La CEIC et l'ACSP vont travailler de pair pour garantir au moins aux membres des minorités visibles une «pleine représentation à tous les niveaux du domaine de la santé publique». (Emploi et Immigration Canada, le 24 février 1987)

Critères pour obtenir un permis

Les organes de réglementation professionnelle, en contrôlant l'admission dans la profession et la délivrance du permis d'exercer, tentent de s'assurer que tous les praticiens répondent aux critères canadiens de compétence. L'on suppose que le système canadien d'éducation et de formation professionnelle est plus apte à répondre à ces critères. La reconnaissance de l'expérience et de diplômes étrangers varie grandement d'une profession à l'autre ainsi que d'une province à l'autre, mais elle est, en général, difficile à obtenir.

Les immigrants qui doivent ou qui veulent reprendre leur formation avant de subir des examens professionnels de qualification, peuvent se voir refuser l'admission aux établissements d'enseignement à cause des critères d'admission, y compris les critères linguistiques. Les médecins font face à un autre dilemme. Même s'ils répondent aux critères d'admission, le nombre des places réservées aux internes et de celles réservées à la formation en résidence dépasse à peine le nombre des diplômés des écoles canadiennes de médecine auxquels la priorité est accordée pour occuper ces postes. (Emploi et Immigration Canada, le 27 mars 1987)

En plus d'être extrêmement difficile et de réclamer beaucoup de temps, l'obtention d'un permis de pratiquer dans le domaine de la santé publique, au Canada, peut être très coûteuse. On doit payer des frais pour faire évaluer les qualifications étrangères en vue d'obtenir des équivalences, pour passer des examens écrits et oraux et pour obtenir une licence ou un permis. S'ils doivent se recycler, les immigrants ou les réfugiés doivent subvenir eux-mêmes à leurs besoins et à ceux de leurs familles tout en défrayant les frais de scolarité.

Politiques d'embauche

Les migrants professionnels de la santé mentale qui arrivent à obtenir un permis de pratiquer sont d'habitude en concurrence avec les candidats d'origine canadienne pour obtenir des postes convenables. Dans le passé, les politiques officielles d'embauche n'ont pas favorisé les individus qui pouvaient mieux servir les minorités ethniques. Il y a cependant des indices de changement. Dans quelques centres urbains majeurs, un nombre limité d'emplois ont été créés pour, des personnes issues de minorités ethniques, qui les occupent actuellement. Même lorsqu'il s'agit de postes ordinaires, le département de la Santé de Vancouver avise que «la capacité de parler une langue seconde et la connaissance de différentes cultures» est un atout. La ville de Toronto a adopté une politique d'égalité des chances qui, parallèlement à un accès égal pour les citoyens, vise à garantir que «les pratiques et politiques d'emploi sont égales pour tous les employés et les candidats». (Mémoire : Département de la santé publique de Toronto)

À l'exception des personnes occupant des postes spécialisés, les praticiens de la santé mentale issus de groupes ethniques et embauchés par des organismes communautaires à vocation générale, ont tendance à desservir tous les patients, quelle que soit leur origine ethnique. Les patients qui ne s'expriment que dans la langue du praticien d'origine ethnique peuvent lui être adressés, mais rarement pour de simples raisons culturelles. Plusieurs organismes gouvernementaux sectoriels ont des zones géographiques que les praticiens ne peuvent franchir, même si leurs compétences sont très en demande dans une autre juridiction.

Dans ces cas, en plus de s'occuper de leurs dossiers, les praticiens donnent souvent des consultations supplémentaires à l'extérieur des limites fixées.

> *Les professionnels biculturels déjà dans le domaine font face à un dilemme particulier. Certains s'appliquent à ne pas être catégorisés dans une culture pour éviter d'être pénalisés par leurs origines ethniques. D'autres tentent de desservir une clientèle partageant leurs origines, mais sont rapidement submergés de demandes sans recevoir aucun soutien des organismes.*
> *(Mémoire : Lo)*

Ce sont les organismes de services aux immigrants qui, logiquement, devraient employer les immigrants spécialisés en soins de la santé mentale. Toutefois, deux des plus grandes sources financières, le Programme d'accueil et d'adaptation pour les immigrants (PAAI) et le Secrétariat d'État – Multiculturalisme, n'octroient pas de fonds, en vertu de leurs programmes, pour que le personnel assigné à l'accueil offre des services de consultation et des thérapies (Chapitre 5). Les fonds accordés sont limités au point où trop peu de travailleurs servent trop de clients. Les organismes de services aux immigrants «ne peuvent de façon réaliste offrir des conditions de travail ou des salaires assez séduisants pour recruter assez de professionnels bien formés, ayant une vaste expérience de travail dans les communautés ethniques».
(Mémoire : Herberg and Herberg)

Très peu de psychiatres et de psychologues immigrés ouvrent leur propre cabinet de consultation. Les psychiatres désirant recevoir des patients de leur origine culturelle sont généralement débordés par des cas très graves. Les stigmates profonds et bien ancrés associés aux maladies mentales empêchent les individus de chercher de l'aide jusqu'au moment où ils atteignent un état de crise. Les psychologues sont peut-être moins affectés par les stigmates associés aux problèmes de comportement et aux troubles émotionnels, mais parce que leurs services sont rarement couverts par les régimes d'assurance médicale, ils voient peu souvent des cas critiques. Les migrants souffrant de troubles mineurs consultent un médecin généraliste qui, pour les raison données dans le Chapitre 5, peut ou non déterminer la nature psychologique de leurs problèmes.

Conclusion

Le nombre des praticiens de la santé mentale issus de minorités ethniques est sérieusement limité par les politiques de permis d'exercer et de licence des organismes de réglementation professionnelle, ainsi que par les critères d'admission des établissements d'études supérieures. Ces politiques influent également sur la santé mentale des professionnels eux-mêmes, car, en dépit de leurs années d'études et de leur expérience, ils font face à l'éventualité d'être sans emploi ou sous-employés (Chapitre 4).

Santé et Bien-être social Canada et la CEIC devraient, en collaboration avec les organismes de réglementation professionnelle, étudier les moyens qui permettraient aux immigrants spécialisés en soins de la santé mentale de travailler, sous supervision appropriée, dans des environnements où ils pourraient dispenser des soins de santé mentale aux patients immigrants (Chapitres 5 et 6).

En faisant cette suggestion, le Groupe de travail reconnaît qu'il est également nécessaire d'élargir le réservoir de professionnels de la santé mentale issus de minorités ethniques et de contrôler les normes d'exercice de ces professions.

Santé et Bien-être social Canada et la CEIC devraient aussi étudier les possibilités de recruter, dans le domaine des soins mentaux, des personnes issues de communautés ethniques minoritaires.

Le Groupe de travail recommande que **Santé et Bien-être social Canada et le Secrétariat d'État encouragent les comités d'admission des programmes de formation en travail social, de la santé et de la santé mentale à reconnaître les atouts que représentent le fait de parler couramment une langue non officielle et l'intention de travailler avec une clientèle parlant cette langue.** Santé et Bien-être social Canada, le Secrétariat d'État et la CEIC incitent et soutiennent les

institutions de formation en travail social, santé et santé mentale à offrir des bourses d'études et de recherches dont l'octroi serait conditionné, entre autres choses, par le fait de parler couramment une langue non officielle et l'intention de travailler avec une clientèle parlant cette langue. On devrait rechercher activement des spécialistes de la santé mentale issus de groupes minoritaires afin qu'ils siègent aux bureaux et comités des organismes de réglementation et des établissements de formation professionnelle en vue de faciliter la libéralisation des critères d'accréditation et d'encourager la participation des groupes ethniques aux programmes de formation en soins de santé mentale.

Le nombre des professionnels des soins de santé mentale issus de minorités ethniques autorisés à travailler dans la communauté augmenterait si on libéralisait les critères d'obtention d'un permis et élargissait l'accès à la formation et à l'expérience professionnelle.

Quoi qu'il en soit, les organismes de services communautaires à vocation générale doivent reconnaître la nécessité pressante d'engager des personnes issues de groupes minoritaires et par conséquent de réviser leurs politiques d'embauche. Le Groupe de travail recommande que **Santé et Bien-être social Canada, en collaboration avec ses homologues provinciaux, encourage tous les organismes de services sociaux, de santé et de santé mentale à élargir l'embauche de personnel issu de groupes ethniques minoritaires en adoptant des politiques d'égalité d'accès à l'emploi**. Quelles que soient leurs zones géographiques, les organismes de services communautaires à vocation générale devraient également réviser leurs politiques d'admission des patients pour que les minorités ethniques puissent avoir accès à un personnel de même origine qu'eux.

Partie IV :

Besoins spéciaux

Chapitre 9 : Les enfants et les jeunes 79
Chapitre 10 : Les femmes 85
Chapitre 11 : Les personnes âgées 91
Chapitre 12 : Les personnes atteintes de stress aigu 97

Deux raisons principales nous incitent à consacrer une section de ce rapport aux besoins de santé mentale propres aux enfants, aux jeunes, aux femmes, aux personnes âgées et aux personnes atteintes de stress aigu.

Il faut relever d'abord que ces groupes sont plus vulnérables aux troubles mentaux étant donné leur expérience prémigratoire ou les conditions entourant leur installation dans le pays d'accueil, ou une combinaison des deux. La menace psychologique d'être persécuté, torturé ou violé ne disparaît que lentement, pour ne pas dire jamais. Le développement de la personnalité des enfants et des jeunes est altéré par les effets de la brutalité et de la guerre, tandis que les bouleversements et l'interruption de leurs études rendent leur intégration difficile. Les politiques canadiennes en matière d'immigration et de réinstallation suscitent un stress qui fait des femmes et des personnes âgées des groupes à risques.

À côté des risques élevés de stress, ces groupes, apparemment disparates, ont en commun le fait qu'ils n'ont guère de pouvoir social. Que ce soit dans leur communauté ethnique ou dans l'ensemble de la société, aucune voix — sociale ou politique — ne s'élève pour les représenter. Plusieurs raisons expliquent cette carence. Pour ce qui est des femmes, des personnes âgées et des enfants, les structures sociales sont telles qu'elles les laissent impuissants. Les victimes d'horreurs tels que le viol et la torture hésitent, par peur du danger ou des stigmates, à exprimer leurs besoins.

Les groupes qui présentent des besoins spéciaux sont «spéciaux», car ils sont exposés à un double péril — le risque qu'ils développent des troubles mentaux est élevé tandis que leurs chances de voir leurs besoins satisfaits sont faibles.

Chapitre 9 :

Les enfants et les jeunes

État de la question

Alors que les gens se font et se refont tout au cours de leur vie, cette tâche est vraiment déterminante pour les enfants et les adolescents. De leur lutte pour rester loyal envers leur famille tout en s'émancipant, pour comprendre comment se lier avec autrui et l'aimer, de leurs efforts pour identifier et exploiter leur potentiel tout en acceptant leurs limites, surgissent des comportements que nous qualifions «d'adaptation». Les modes d'adaptation de l'enfant et de l'adolescent sont déterminants pour leur santé mentale future.

Bien qu'il soit raisonnable de penser que les migrants qui sont encore des enfants et les jeunes migrants sont confrontés à des problèmes uniques et sont donc exposés à des risques de troubles mentaux élevés, jusqu'à présent aucune recherche ne confirme ou n'infirme ce postulat. Tous les enfants luttent pour édifier un univers cohérent à partir de la famille dans laquelle ils ont grandi et l'ensemble du corps social auquel ils participent.

Les enfants de migrants se heurtent à des problèmes supplémentaires. Contrairement à plusieurs de leurs camarades de jeux, leur langue maternelle n'est ni l'anglais ni le français et leurs famille peuvent être très différentes de celles de leurs amis. Certains enfants de migrants ont enduré une longue séparation d'avec leurs parents, étant restés parfois dans leur pays natal pendant que pères et mères se battaient pour gagner assez d'argent pour les faire venir au Canada. Les retrouvailles provoquent une autre détresse psychologique due à une seconde séparation, celle qui les éloigne de l'entourage familial qui s'était subrogé aux parents naturels et du seul foyer qu'ils aient jamais connus.

Beaucoup d'immigrants, et particulièrement les jeunes réfugiés, ayant subi une interruption dans leurs études, sont, en arrivant au Canada, trop vieux pour suivre le système scolaire régulier et ne sont pas qualifiés pour entrer sur le marché du travail, sinon comme main-d'oeuvre non spécialisée. Voyant les Canadiens dévaloriser leur culture et la percevant comme un obstacle à la pleine acceptation par la majorité du corps social, ces jeunes tentent souvent

de rejeter la culture de leurs parents. Lorsqu'ils sont exclus du marché du travail, ces jeunes font face à un double sentiment de rejet qui peut provoquer une détresse émotionnelle. Quelques bandes de jeunes issus de groupes migrants ont menacé des communautés et fait la une des nouvelles. Tout indiquerait que des criminels adultes recrutent les membres de ces bandes parmi les jeunes gens marginalisés qui se sentent dorénavant étrangers à leurs familles et à leur propre culture. Ces jeunes s'égarent alors après avoir vainement essayé de s'intégrer à la riche société de consommation qui les entoure.

Alors que, comme leurs camarades, les enfants d'immigrants et les jeunes immigrés doivent se préparer à la vie d'adulte dans la société canadienne, ils doivent en plus transplanter leurs racines dans le sol canadien. L'enfant évalue ses compétences en fonction de ses succès scolaires, de ses relations avec ses pairs et des adultes importants dans sa vie. Trop souvent, au lieu du succès, les enfants d'immigrants et les et les jeunes immigrés se sentent frustrés en raison des difficultés linguistiques, de l'incompréhension de leurs besoins par ceux qui étaient chargés de leur éducation et parce que l'adaptation à un nouveau style de vie touche les enfants plus profondément que ne le pensent les adultes.

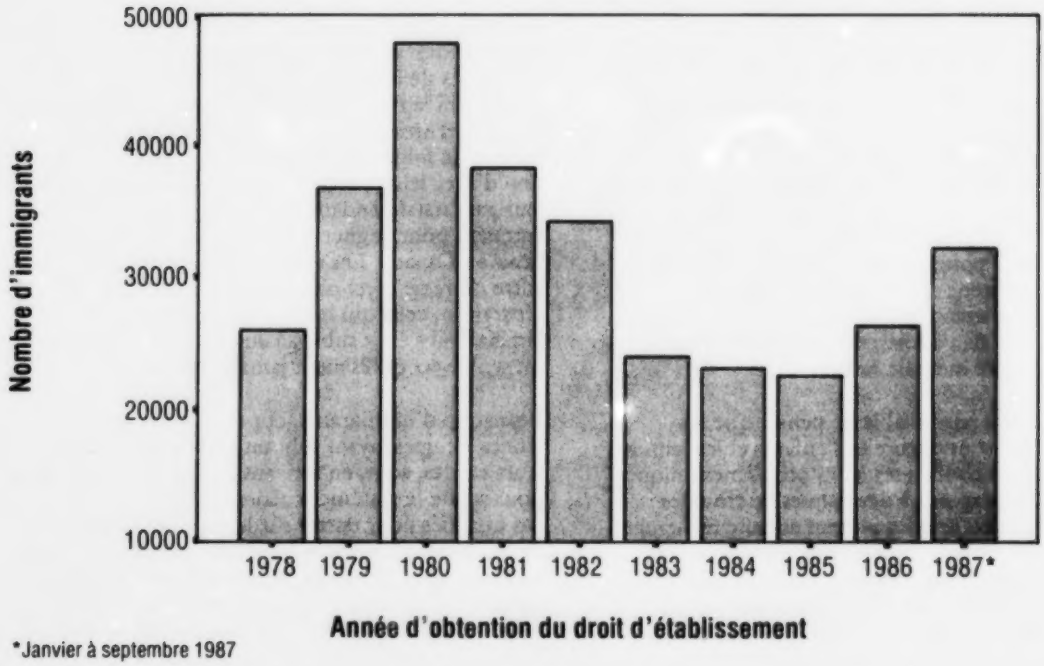
Politiques actuelles

La figure 9.1 montre que, en moyenne, environ 25 000 à 35 000 enfants et jeunes immigrent au Canada chaque année. Comme l'indique la figure 9.2, les parents de la majorité des enfants ont immigré dans la Catégorie indépendants, sauf pour ceux de 15 à 19 ans où la majorité se retrouve dans la Catégorie famille. Il est probable que les gens déploient tous leurs efforts pour faire venir les aînés de leurs enfants avant qu'ils n'atteignent 21 ans, âge limite pour être admissibles au titre de la réunion de la famille.

Figure 9.1

Immigrants de 0 à 19 ans par année d'obtention du droit d'établissement

Canada 1978-1987*



*Janvier à septembre 1987

Les politiques canadiennes relatives aux jeunes et aux enfants soulignent l'importance qu'on attache à leur préparation à la vie dans une société multiculturelle.

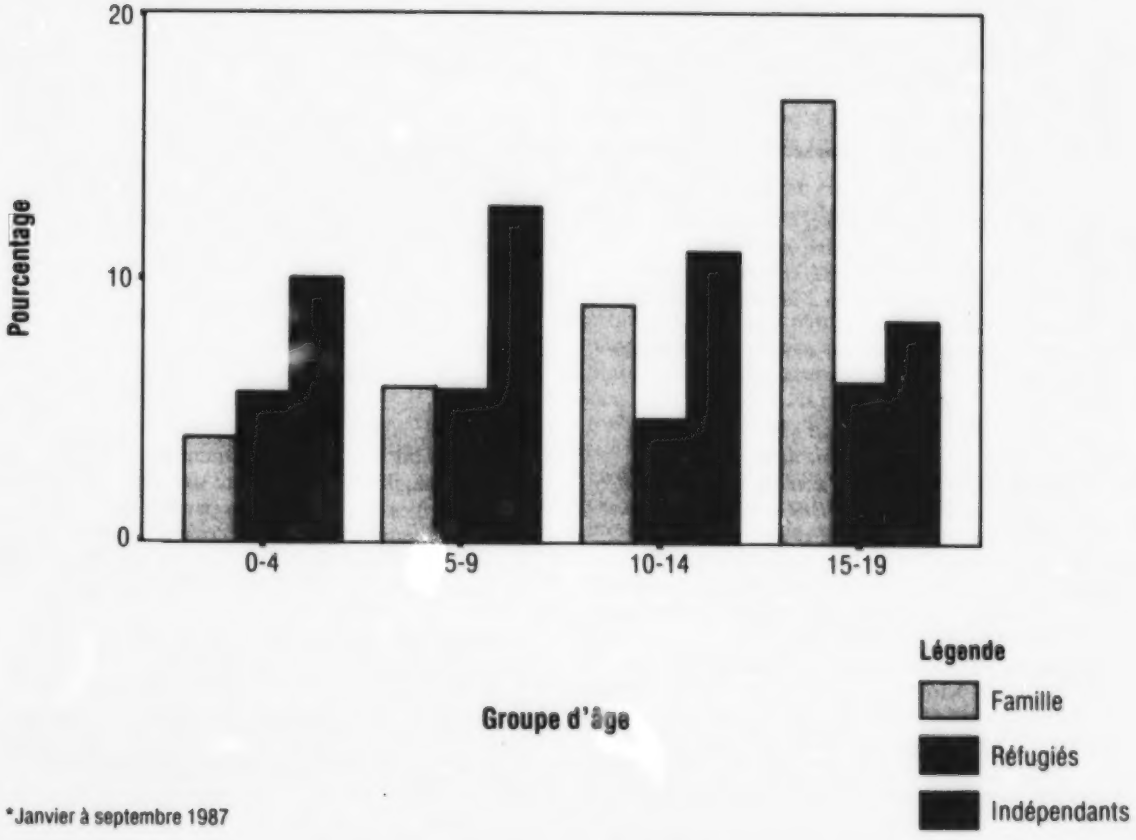
Les enfants doivent jouir du droit de comprendre et d'apprécier leur propre patrimoine culturel tout en valorisant le patrimoine et les antécédents d'autres groupes culturels. À cette fin, l'école doit faire plus qu'accepter les enfants : elle doit leur offrir, très tôt et de façon continue, les encouragements de la compréhension et la possibilité d'exprimer fièrement leur culture.
(Le Conseil canadien des enfants et de la jeunesse, 1978)

La législation provinciale concède des droits bien précis aux jeunes ayant besoin d'aide et énonce clairement les responsabilité des parents. Les enfants dont la sécurité et le développement sont menacés peuvent être enlevés à leur famille; dans les cas extrêmes, ils peuvent être sous la tutelle du gouvernement, et pourront faire l'objet d'adoption ou de placement dans un foyer nourricier.

Figure 9.2

Classification des immigrants de 0 à 19 ans par groupe d'âge et catégorie

Canada 1978-1987*



*Janvier à septembre 1987

L'éducation relève de la juridiction provinciale.

Les enfants de familles immigrantes représentent un pourcentage varié mais croissant du nombre d'enfants inscrits dans les écoles publiques canadiennes. Les estimations varient de 40 p. 100 à Montréal à 90 p. 100 dans les écoles en banlieu de Vancouver. Les conseils scolaires du pays élaborent des politiques et des procédures visant à soutenir la diversité culturelle et les droits des groupes minoritaires (Roe, 1982).

Par exemple, une politique du Conseil scolaire de Vancouver (1982) condamnait spécifiquement le racisme et annonçait l'intention «de réagir de façon dynamique et déterminée aux problèmes du racisme en intervenant au niveau de la formation des enseignants, des politiques d'éducation et des lectures prescrites et aux divers paliers gouvernementaux ainsi que dans la communauté.»

Tout louable qu'il soit de condamner le racisme, d'encourager la diversité culturelle et de mettre l'accent sur les droits des minorités, les programmes scolaires et préscolaires doivent remplir leur mission de base — instruire les enfants. Un exposé de cette même province qui a formulé cette admirable déclaration sur le racisme — la Colombie-Britannique — prouve que les politiques ne répondent pas encore aussi bien qu'elles le devraient aux besoins des enfants immigrés.

Aucune approche coordonnée, à l'intérieur ou à l'extérieur du système scolaire, n'a été adoptée pour répondre aux besoins des enfants de 3 et 4 ans qui ne parlent pas l'anglais à la maison. La législation scolaire (C.B., 1979) interdit aux conseils scolaires d'offrir des services aux moins de cinq ans...

La législation scolaire prévoit que le système d'éducation publique devrait donner à chaque enfant des chances égales d'accéder à l'éducation. On suppose alors implicitement que chaque enfant qui entre à l'école comprend et parle la langue d'enseignement — l'anglais canadien standard. On ne tient aucun compte des enfants qui parlent d'autres langues ni de la façon dont ils pourraient avoir un accès égal à l'éducation.
(Mémoire : Département de la santé de Vancouver)

Le stress : à la maison et à l'école

Une société vigilante doit être attentive aux besoins de ses enfants. Cette raison est suffisante pour que l'on considère les enfants et les jeunes comme un groupe ayant des besoins particuliers. De plus, en se préoccupant de la santé mentale des enfants, on peut efficacement prévenir des troubles émotionnels ultérieurs.

En Amérique du Nord, les spécialistes de la santé mentale n'ont guère accordé d'attention aux enfants, partageant la sagesse populaire erronée selon laquelle les enfants «s'en sortent toujours». Il y a également eu d'autres erreurs. Par exemple, jusqu'à récemment, beaucoup d'autorités en matière de santé mentale croyaient que les enfants étaient incapables de subir des dépressions cliniques suffisamment graves pour devoir suivre un traitement. Les recherches ont démontré que, non seulement les enfants peuvent être fortement dépressifs, mais qu'en plus beaucoup le restent au cours de l'adolescence. Les jeunes qui manifestent des tendances anti-sociales ne s'en sortent pas : ils courent le risque de devenir des adultes anti-sociaux souffrant de troubles émotifs.

L'ambiance du foyer dans lequel ils évoluent influe sur la santé mentale des enfants et des jeunes. Quelles que soient leur situation ou leurs motivations, les familles d'immigrants et de réfugiés font face à une multitude d'ajustements difficiles à prévoir et parfois trop écrasants pour être menés à bien. Les enfants de migrants sont témoins des problèmes de leurs parents et, jusqu'à un certain point vivent ces problèmes — la nostalgie, les problèmes linguistiques, la précarité de leurs moyens financiers et la douloureuse adaptation à une nouvelle culture. Les enfants apprenant l'anglais ou le français plus facilement que leurs parents, et l'école les initiant plus rapidement à la société canadienne, il peut se produire une curieuse inversion des rôles : au lieu que les parents guident et protègent leurs enfants, ces derniers peuvent être obligés de devenir des agents d'acculturation auprès de leurs parents.

Comme le souligne un des exposés, les rapports parents-enfants ne sont pas «simples et faciles» dans les familles de migrants. En plus de partager les incertitudes de leur famille, les enfants de migrants sont exposés à une société d'accueil qui, comparée à leur vie quotidienne, semble séduisante et fascinante.

Ils font l'apprentissage de la vie à travers les émissions télévisées, les garderies et les autres enfants de leur quartier. Pour s'intégrer au groupe de leurs petits camarades canadiens, ils demandent nourriture et jouets typiquement canadiens. Ils s'identifient aux héros de la télévision, interrogent leurs parents sur les valeurs de la société d'accueil qui leur sont inévitablement transmises, ou s'interrogent sur leur apparence physique, leur prononciation et leur accent. Par exemple, une petite Vietnamienne de trois ans a interrogé sa mère, bouddhiste, sur Jésus, et un jeune Haïtien de quatre ans a ordonné à sa mère de bien le laver car sa couleur noire lui donnait l'impression d'être sale. Le fossé s'élargit peu à peu entre les parents plutôt tournés vers leur pays natal et fidèles à leurs racines, et les enfants qui, eux, sont tournés vers l'avenir.
(Sabatier)

Dans ces exemples, l'estime de soi de la petite Vietnamienne de trois ans et du petit Haïtien de quatre ans a été ébranlée par le racisme, un racisme qui leur fait croire qu'ils sont inférieurs. La petite fille apprendra vite qu'elle ne pourra jamais renier sa mère bouddhiste et le petit garçon qu'il ne pourra jamais se dépouiller de sa peau noire. Prendre conscience du fait qu'ils ne pourront jamais correspondre à l'image qu'on leur offre engendre des frustrations qui peuvent déboucher sur des symptômes de troubles émotionnels ou sur des comportements antisociaux dans leur vie ultérieure.

Les jeunes enfants sont particulièrement exposés à subir les effets des préjugés dans les écoles et les garderies, souvent de la part de leurs petits camarades. Bien que d'après une croyance répandue, les jeunes enfants n'adoptent pas de comportements racistes, une étude démontre que, dès l'âge de quatre ans, les enfants sont pénétrés de la notion de race et peuvent penser que les gens appartenant à une race autre que celle du groupe social dominant sont inférieurs.

Le racisme peut être renforcé non seulement par certains actes ou propos malicieux, mais aussi par des omissions apparemment innocentes.

Les enseignants et les parents évitent généralement de discuter du racisme ou nient son existence. Ce comportement est soutenu et encouragé par le fait que, dans la majorité des cours et des écrits sur le développement de l'enfant et l'éducation de la première enfance, on évite d'aborder les questions portant sur le racisme et sur l'aspect positif des différences culturelles. Une telle omission peut, en fait, renforcer le racisme. Par exemple, un enfant blanc peut, à cause de la race d'un autre enfant, refuser de s'asseoir à côté de lui. L'enseignant peut passer sous silence l'origine de ce refus en disant seulement : «Ne dit pas cela! Ce n'est pas gentil.» Si rien ne vient rétablir l'estime de soi de l'enfant de couleur, et que rien ne vient changer le comportement de l'enfant blanc — on n'évite pas seulement le problème, mais on renforce l'attitude raciste.
(Conseil des livres interraciaux pour enfants, 1983)

Les enseignants peuvent également manifester du racisme sans en être conscients. Par exemple, des recherches indiquent que les enseignants blancs excusent souvent les comportements agités des jeunes enfants noirs en leur disant qu'ils sont «mignons» et en assurant qu'ils «se calmeront». Lorsque ces mêmes enfants vieillissent, les professeurs deviennent beaucoup moins tolérants à l'égard des dérangements causés par des enfants noirs qu'ils ne le sont à l'égard des mêmes dérangements causés par des enfants blancs. Les enseignants ont maintenant tendance à qualifier d'antisociaux ou de délinquants les enfants noirs agités; et ont recours à d'autres institutions y compris le système de soins de santé mentale.

L'enrichissement culturel dans le milieu scolaire

L'éducation transculturelle représente une façon de combattre les préjugés raciaux. L'expérience nous a montré que, pour un rendement maximum, les programmes devraient être axés sur des activités plutôt que sur des connaissances abstraites et qu'ils devraient souligner les ressemblances entre les gens tout en louant leurs différences.

Le Projet de démonstration préscolaire Sexsmith, élaboré en Colombie-Britannique en 1981, offre un modèle important de ce genre de programmes. L'orientation, les procédures d'admission et l'éducation aux parents sont étudiées pour répondre aux besoins des familles d'enfants d'âge préscolaire appartenant à différents groupes culturels. Le programme encourage les enfants à devenir des spécialistes de leur propre culture. Le programme pousse les enfants à utiliser leur langue maternelle dans les classes et encourage les parents à participer aux activités quotidiennes et à la célébration des fêtes. S.E.A.R.C.O.M., une organisation d'entraide

des immigrants du Sud-Est asiatique de Winnipeg offre un autre modèle important. Elle a mis sur pied un programme qui vise à développer chez les enfants un sentiment de fierté quant à leur patrimoine ethnique et qui leur donne l'occasion de développer un sentiment d'appartenance à leur culture.

Tous les programmes scolaires devraient inviter les parents à participer. La relation parents-école aide à soulager les tensions culturelles auxquelles les enfants de migrants sont inévitablement confrontés et qui provoquent des conflits entre parents et enfants. Les associations de parents-enseignants du pays doivent s'orienter davantage vers la diversité culturelle afin de refléter le multiculturalisme de la société canadienne.

Aider les enfants à apprendre

Le comportement des enseignants influe sur la façon dont les enfants apprennent. Les recherches démontrent que les enseignants issus du groupe culturel majoritaire traitent les enfants appartenant aux minorités ethniques différemment des étudiants blancs. Par exemple, les enseignants blancs encouragent les enfants blancs à parler sensiblement plus et à répondre aux questions de façon plus complexe. Ceci est un facteur important puisque parler est un des outils les plus efficaces mis à la disposition des enseignants pour enseigner à la fois la langue et les méthodes de solution des problèmes. Lorsque l'enfant parle de certains événements et exprime ses idées, l'enseignant peut saisir sa vision du monde, et cette méthode est indispensable pour une approche individualisée de l'enseignement.

> ***Pour que la culture du professeur puisse se greffer sur la conscience de l'enfant, il faut que la culture de l'enfant commence par se greffer sur celle du professeur.***
> ***(Bernstein, 1972)***

Parler est, pour les enseignants, un outil important d'évaluation du savoir de l'enfant. Parler est aussi une façon d'enseigner aux enfants comment apprendre. Les enseignants qui se donnent la peine de relier une réponse sommaire de l'enfant à une question relative aux événements de sa vie ou à l'environnement scolaire ou familial s'engagent dans l'important processus qui consiste à aider l'enfant à utiliser le langage pour mieux apprendre.

Le temps qu'un enseignant laisse à un enfant pour répondre à sa question ou corriger une erreur de lecture avant de donner la réponse juste ou de passer à un autre enfant est un élément important de l'enseignement. L'enseignant nord-américain typique attend une seconde ou moins la réponse de l'enfant. Les recherches indiquent qu'en attendant plus longtemps — disons de cinq à dix secondes — les bénéfices sont nombreux! Les enfants apprennent à formuler des réponses plus complètes et leur performance scolaire s'améliore de façon significative. Les membres de certains groupes ethniques minoritaires, lorsqu'ils discutent ou répondent à des questions, marquent des pauses beaucoup plus longues que les personnes élevées en Amérique du Nord. Les pauses peuvent être plus longues lorsque les enfants apprenant l'anglais ou le français traduisent mentalement la question avant d'y répondre. Pour l'une ou l'autre de ces raisons, l'enfant de migrant peut être laissé de côté trop rapidement lorsque le professeur passe à un autre élève ou le corrige trop vite. Lorsque de telles expériences se répètent trop souvent, l'estime de soi et la compétence académique peuvent en souffrir gravemment.

Lorsque les enseignants et d'autres adultes s'occupant des enfants comprennent et apprécient les antécédents culturels d'un enfant, ils les perçoivent de façon plus positive et les encouragent à progresser à un niveau plus élevé. Cette observation, soutenue par les travaux des chercheurs nous indique que si on sensibilise les enseignants et le personnel des garderies à la culture étrangère, les enfants auront de meilleures chances d'apprendre efficacement et de conserver leur équilibre psychique. Un manuel conçu par le ministère de l'Emploi et de la Sécurité économique du Manitoba, Direction de l'immigration et de l'accueil, *Un enfant/deux cultures*, et destiné à faciliter l'intégration des enfants nouvellement arrivés dans le milieu scolaire, fournit une série de brèves descriptions des cultures des principaux groupes d'immigrants installés au Manitoba. Ce manuel touche à des points saillants tels que l'éducation, les coutumes, le vêtement, les noms, la façon de s'adresser à autrui. Il met également en lumière l'importance des particularités culturelles pour les professeurs dont les élèves sont issus de ces minorités ethniques.

La propension des enfants à demander de l'aide dépend de la façon dont ils perçoivent leur statut dans la classe ou à la garderie. Les enfants qui hésitent à aborder leur professeur où à participer à

des activités de groupes parce qu'ils ont l'impression que leur statut de migrant les marginalise, ne changent pas s'ils n'ont pas la possibilité de voir les membres d'un personnel composé de diverses ethnies se traiter d'une façon égalitaire. Les enseignants ayant les mêmes antécédents ethniques servent également de modèle aux enfants de migrants; souvent ces enfants ne peuvent pas s'identifier à leurs professeurs issus de la culture majoritaire car le fossé social leur semble infranchissable.

Les enfants faisant face à des difficultés doivent parfois recevoir une aide spécialisée. Les évaluations psychopédagogiques sont souvent faussées car les méthodes les plus fréquemment utilisées, comme la mesure du coefficient d'intelligence sur l'échelle de Wechsler, peuvent ne pas avoir été adaptées aux enfants issus de groupes ethniques minoritaires, particulièrement à ceux dont la première langue n'est pas l'anglais. Si ces techniques ne sont pas utilisées avec une grande compétence et une sensibilité exceptionnelle, elles peuvent donner une vision déformée du potentiel de l'enfant. Lorsque des troubles mentaux se développent chez l'enfant et que celui-ci doit consulter un spécialiste, cette démarche doit être entreprise avec beaucoup de délicatesse car il faut tenir compte de la façon dont la culture des parents et des enfants perçoit les troubles mentaux et des attentes que peuvent nourrir les parents à l'égard des services professionnels. Les parents peuvent craindre que s'ils permettent à leur enfant de suivre une thérapie, celui-ci en restera marqué ou ils craignent de le perdre, soit parce qu'il leur serait retiré, soit parce que son identité culturelle serait ébranlée. Les thérapeutes ne devraient pas se percevoir comme des agents de la culture d'accueil, mais plutôt comme des personnes dont la tâche consiste à aider l'enfant à bâtir une identité culturelle homogène, identité qui réunirait à la fois la culture de ses parents et la culture canadienne.

Conclusion

Des recherches établissant l'étendue des besoins psychiques et les conditions favorisant les risques de troubles mentaux chez les enfants de migrants nous font cruellement défaut. Toutefois, les besoins étant si pressants, on ne peut attendre de développer des connaissances définitives pour intervenir en vue de sauvegarder le bien-être émotionnel des enfants et des jeunes. Il y a de bonnes raisons de penser que la santé mentale bénéficierait d'un changement d'attitudes de la communauté, de l'adaptation des programmes scolaires aux besoins des enfants de migrants et d'un appui aux programmes destinés aux jeunes.

Selon le célèbre écrivain, V.S. Naipaul : «*Nous nous façonnons en fonction de l'idée que nous nous faisons de notre potentiel*» (Naipaul, 1980). Dans une société culturellement hétérogène, la vision que les enfants ont de leur potentiel ne doit pas être limitée par l'intolérance, mais plutôt faconnée par la reconnaissance de leur unicité.

Le Groupe de travail recommande que **Santé et Bien-être social Canada et le Secrétariat d'État, en collaboration avec leurs homologues provinciaux, veillent à ce que les programmes et les milieux scolaires et préscolaires ainsi que les garderies reflètent la diversité culturelle des enfants qui les fréquentent**.

Chapitre 10 :

Les femmes

État de la question

Bien que, durant les 10 dernières années, on ait organisé des activités pour aider les femmes immigrées à être autonomes et que l'on ait mis sur pied des groupes de pression, l'on remarque peu de progrès notables. Si le fait d'être femme ne prédispose pas en soi aux troubles mentaux, beaucoup de femmes immigrées sont dans des situations à risques élevés d'une part, à cause des caractéristiques de leur culture d'origine et, d'autre part, à cause des politiques et des programmes canadiens qui les défavorisent.

Facteurs de risques

Plusieurs des facteurs qui augmentent le stress lors de la migration touchent davantage les femmes immigrées et réfugiées que les hommes qui partagent leur sort.

Chez les immigrants, la décision de quitter le pays natal est généralement prise par les hommes. La plupart des exposés présentés indiquent que, de façon typique, les femmes émigrent pour accompagner ou rejoindre un membre masculin de leur famille plutôt que l'inverse. Comme le montre la figure 10.1, les femmes ayant immigré au Canada pendant les 10 dernières années à titre de conjoint à charge étaient beaucoup plus nombreuses que les hommes dans la même situation et elles étaient, à leur entrée, beaucoup moins nombreuses à appartenir aux catégories se destinant au marché du travail.

En général, ce sont les hommes qui choisissent également l'endroit où la famille se réinstallera. Les familles d'immigrants déménagent dans les villes et provinces qui permettront au chef de famille de trouver un emploi dans les régions où des parents et des amis sont déjà installés. Non seulement les femmes abandonnent avec plus de répugnance ce qui leur est familier, mais en plus elles doivent se réinstaller dans un environnement qui, au début, aura moins à leur offrir.

La séparation des membres d'une famille touchent les immigrants et les refugiés des deux sexes, toutefois les femmes de cultures traditionnelles ont tendance à être plus intimement liées au réseau familial que les hommes et à souffrir davantage de l'absence de ceux-ci. Par ailleurs, le fait que de plus en plus de femmes ne soient pas mariées au moment de la migration accentue l'impact de la séparation des membres de la famille.

Si les femmes mariées reçoivent le soutien d'un réseau familial c'est à elle qu'incombe fréquemment la responsabilité de garder la famille unie.

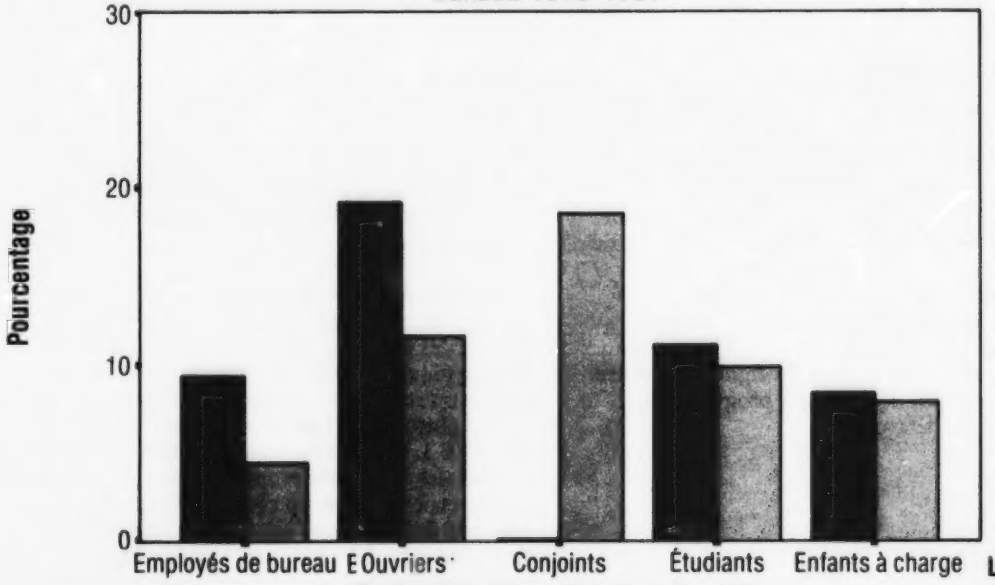
Dans beaucoup de familles immigrées, c'est la femme qui est le premier soutien des enfants et du mari dans leur adaptation au nouveau pays. La femme immigrée assume l'énorme responsabilité de garder la famille unie et heureuse et de lui transmettre la culture familiale et les traditions alors que, dans l'accomplissement de ces importantes tâches familiales, elle se trouve le plus souvent isolée ne recevant elle-même que peu ou pas de soutien.

Si une immigrante, déjà garante de la santé et du bonheur de la famille, doit aussi assumer la responsabilité, généralement dévolue à l'homme, de pourvoir aux besoins de la famille, l'appui du réseau familial traditionnel peut s'avérer absolument vital pour elle.

Figure 10.1

Classification des immigrants par grandes catégories socio-professionnelles et par sexe

Canada 1978-1987*



Ne comprend pas 106 406 individus qui ne sont pas des ouvriers et 94 575 ouvriers pour lesquels on n'a pas pu déterminer une catégorie socio-professionnelle.
*Janvier à septembre 1987

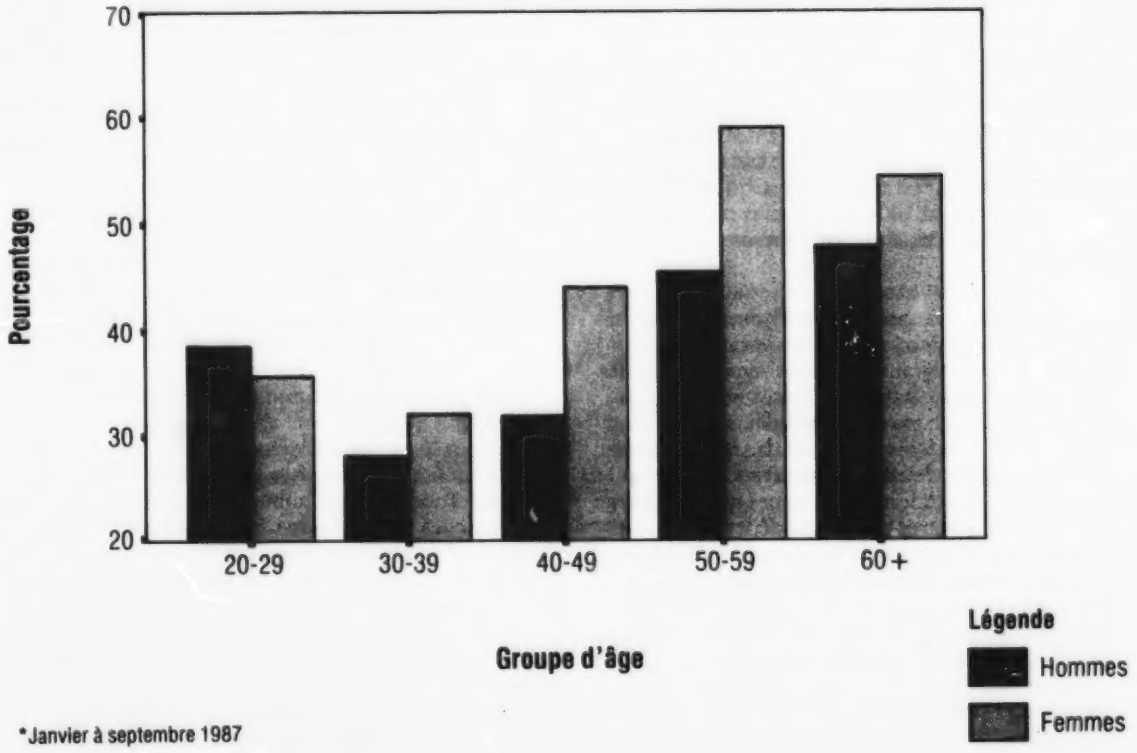
Les immigrants qui parlent l'une des deux langues officielles du Canada peuvent plus facilement que les autres faire face au stress de la réinstallation et aux exigences du marché du travail (Chapitre 3). Toutefois, comme le montre la figure 10.2, les femmes immigrées connaissent moins souvent l'anglais ou le français que leurs compagnons masculins. Les carences linguistiques chez les femmes non seulement compliquent les problèmes de réinstallation et d'emploi comme c'est le cas pour les hommes, mais en plus elles accentuent la dépendance des femmes à l'égard de leurs parents de sexe masculin.

Toute relation de dépendance peut entraîner des abus et les relations conjugales des immigrants ne font pas exception à la règle. Bien qu'aucun sondage ne soit disponible à l'heure actuelle, l'analyse de certaines données recueillies en clinique révèle que plus de 30 p. 100 des femmes ayant recours aux Services d'aide aux immigrants du Manitoba ont été victimes d'agressions physiques. (Mémoire : Association des femmes immigrées du Manitoba) Sans les mesures traditionnelles de sécurité qu'offrent les réseaux familiaux, l'immigrant homme est plus en mesure de déverser sur son épouse des frustrations généralement accentuées lorsqu'il ne réussit pas à trouver un emploi satisfaisant.
(Mémoire : O.A.S.I.S.)

Figure 10.2

Pourcentage des immigrants et immigrantes appartenant aux groupes d'âge adulte qui ne parlent ni l'anglais ni le français

Canada 1978-1987*



*Janvier à septembre 1987

La relation entre les problèmes d'emploi et les problèmes conjugaux se vérifie également chez les Canadiens nés ici, mais pour les migrants ces deux ordres de problèmes semblent moins faciles à résoudre. Si l'épouse d'un immigrant trouve un emploi — et les femmes immigrées semblent entrer davantage sur le marché du travail que les femmes nées au Canada — elle aura probablement un revenu très faible, inférieur à celui des hommes immigrés ou des femmes nées au Canada. (Mémoire : Organisation de services aux immigrants d'Ottawa-Carleton, 1985) Par ailleurs, le fait que ce soit elle qui pourvoit aux besoins de la famille peut accentuer le sentiment d'échec de son mari et aggraver les problèmes conjugaux au lieu de les apaiser.

Les facteurs qui créent la dépendance des femmes immigrées et qui favorisent les abus sont également ceux qui l'empêchent d'échapper à cette situation dont elle devient victime (Wiebe, 1985). Les cultures qui enferment la femme dans un rôle dépendant n'acceptent qu'exceptionnellement qu'elles puissent quitter leurs conjoints. En l'absence de ces parents ou de certains proches importants pour elle, la femme est plus susceptible d'être victime d'abus et se voit privée de la seule porte de sortie traditionnelle qu'elle connaisse retourner chez ses parents. Finalement, l'inaptitude à parler la langue de leur nouvelle société non seulement renforce la dépendance des femmes immigrées à l'égard des hommes, mais aussi les empêche d'utiliser en connaissance de cause les renseignements ou les services qui pourraient les aider à redresser des situations abusives ou à s'y soustraire.

L'incompétence linguistique et l'ignorance des lois canadiennes ont aussi pour effet de cantonner beaucoup d'immigrantes dans des emplois où elles sont victimes d'abus. Les femmes sont la cible de discriminations en matière d'emploi, souvent engagées comme ouvrières à la tâche dans des usines ou pour des travaux domestiques, elles sont sujettes aux abus et à l'exploitation. Les femmes qui ont charge d'enfants ou d'autres personnes dépendantes, au Canada ou à l'étranger, sont beaucoup plus sujettes à l'exploitation en milieu de travail que ce soit par rapport aux conditions et aux heures de travail, aux avantages sociaux liés à l'emploi ou au salaire. (Mémoire : Changing Together)

Les femmes de culture traditionnelle qui sont verrouillées dans un emploi marginal avec d'autres immigrants et les femmes sans emploi ont peu d'occasions d'apprendre une nouvelle langue. Comme l'indique un groupe de femmes immigrées :

> *Nous venons de sociétés où «les hommes et les chiens errent tandis que les femmes et les chats restent à la maison». Incapables de communiquer avec aisance, l'appartement d'une femme devient vite sa prison.*
> *(Mémoire : Groupe de femmes immigrées de l'Île-du-Prince-Édouard)*

Au fil du temps, si son inaptitude linguistique persiste, l'isolement d'une femme immigrée s'accentue, de façon tragique si l'on considère que ses propres enfants, tôt ou tard, apprennent l'anglais ou le français et peuvent devenir incapables de parler leur langue maternelle ou refuser de la parler. (Mémoire : Medicine Hat Society for Immigrant Settlement)

Politiques et programmes

Étant donné que les facteurs de stress chez les migrants touchent les femmes plus que les hommes, les politiques et les programmes visant à les résorber sont encore plus importants pour les femmes que pour les hommes.

Les services d'orientation aident les immigrantes à remplir pleinement leur rôle principal qui consiste à guider les membres de leur famille dans leurs activités quotidiennes. Cependant, beaucoup de femmes ne peuvent participer à des programmes d'orientation parce que ceux-ci ne sont offerts qu'en anglais ou en français ou parce que des services de garderie ne sont pas mis à leur disposition. À leur arrivée au Canada, on informe les refugiées qu'elles ne peuvent participer à la première séance d'orientation que si elles assument le rôle de chef de famille. (Mémoire : Centre communautaire des femmes au travail)

La réunification de la famille prend une grande signification pour les immigrées et les réfugiées, tout comme les initiatives de développement communautaire qui contribuent à recréer des réseaux de soutien social conforme aux normes de leur culture. Dans les zones rurales et dans les régions comptant peu d'immigrants d'une même culture, il est particulièrement important de favoriser l'amitié entre les immigrées et les femmes nées au Canada. (Mémoire : Église unie du Canada) Pour le moment, toutefois, le Programme d'accueil de la CEIC est réservé aux refugiés.

Les programmes de formation dans l'une des deux langues officielles, la clé du problème pour les personnes qui ne parlent ni l'anglais ni le français, sont beaucoup moins accessibles aux femmes qu'aux hommes. Tel que mentionné dans le Chapitre 3, les allocations de survie de base pour la formation linguistique en vue de l'accès au marché du travail ne sont pas offertes aux immigrants au titre de la famille et aux parents à charge. Étant donné que la majorité de ces personnes sont des femmes (voir figure 3.1) et que leur revenu, pourtant maigre, est souvent indispensable, beaucoup d'immigrées ne reçoivent jamais de formation linguistique.

Durant les dix dernières années, le problème de la formation linguistique destinée aux femmes a été bien documenté par quelques études et rapports, et les mêmes recommandations ont été faites à chaque fois.

En 1981, la Première conférence nationale sur les femmes immigrées (Toronto) recommandait un accès universel à la formation linguistique avec une allocation pour les services de garde et le transport.

En 1985, une consultation nationale commandée par Multiculturalisme Canada identifiait la formation linguistique comme la priorité la plus urgente pour les femmes immigrées (*Au-delà du dialogue*, 1985). La même année, le Comité d'action sur les femmes immigrées et issues de minorités visibles lançait le même appel en faveur de la généralisation de l'accès à la formation linguistique.

En 1986, la Commission canadienne des droits de la personne indiquait, dans son rapport annuel que les immigrées sont victimes de discrimination en vertu des règlements régissant la formation linguistique.

Selon les exposés présentés au Groupe de travail en 1987 presque rien n'a changé : la généralisation de l'accès à la formation linguistique est loin d'être un fait accompli.

Pour beaucoup d'immigrées, l'accès aux programmes de formation linguistiques, comme c'est le cas pour les programmes d'orientation, dépend de l'existence de services de garde et du remboursement de leur coût :

> *Le besoin de services de garderie se manifeste avec une acuité particulière dans le cadre du Programme d'anglais comme langue seconde du Centre d'emploi du Canada... Bien qu'une allocation visant à couvrir les frais de garderie soit accordée, peu d'immigrants arrivent à trouver de la place dans les garderies. La solution naturelle et logique pour remédier à ce problème serait d'offrir des services de garde sur place ou de louer les services de garderies déjà établies pour l'observation et la garde de tous les enfants d'immigrants dès leur arrivée.*
> *(Mémoire : Coalition for Immigrant Women in Nova Scotia)*

Plusieurs exposés réitèrent et appuient la proposition que la formation linguistique s'adresse à la fois aux parents et aux enfants d'âge préscolaire, au même moment et à proximité les uns des autres (Chapitre 9). De tels programmes, offerts par exemple par le Centre communautaire local de Côte-des-Neiges, revêtent un caractère préventif, tant en ce qui concerne le court terme que le long terme.

> *Ces programmes sont préventifs dans la mesure où ils répondent au problème de l'isolement linguistique (donc social) des familles appartenant à des minorités ethniques. En outre, ils réduisent le risque «des enfants-parents» qui se chargent de jouer les intermédiaires entre les parents et la culture d'accueil.*
> *(Mémoire : Gudzer)*

Après avoir souligné l'importance de la formation linguistique et des possibilités d'emploi, il est d'un intérêt vital de connaître le rôle des femmes et les problèmes des femmes au Canada.

> *Pour les femmes musulmanes en particulier, il serait extrêmement utile de mettre sur pied des programmes spécialement conçus comportant des discussions de groupes sur des sujets d'un intérêt commun à cette clientèle tels que le divorce, la maternité, les conflits de valeurs, la violence conjugale, etc.*
> *(Mémoire : Centre maghrébin de recherche et d'information)*

Des exposés provenant de chacune des régions du Canada et de presque tous les groupes ethniques représentés au sein du Groupe de travail ont exprimé le besoin de se familiariser et de comprendre les coutumes et les lois canadiennes qui s'appliquent aux femmes. Le sujet des droits de la femme au Canada, tant dans son rôle d'épouse que d'employée, appelle une clarification et une discussion approfondie.

Beaucoup de gens croient, à tort, que celui qui a immigré en qualité de conjoint à charge sera déporté s'il quitte la demeure conjugale à la suite d'un divorce ou d'une séparation. En 1986, Emploi et Immigration Canada a tenté de dissiper ces craintes et d'autres mythes en distribuant une brochure intitulée «*Battered Immigrants and Immigration Status*». Toutefois, comme l'indiquent les exposés présentés aux Groupe de travail, si l'on désire que ces renseignements aient l'effet souhaité, ils doivent être transmis avec délicatesse, en privilégiant les contact personnels et dans un language accessible pour toutes les femmes.

Conclusion

Pour diverses raisons, les immigrées et les refugiées ont, dans l'ensemble, plus de besoins dans le domaine de la santé mentale que leurs compagnons.

Les immigrées sont confrontées à deux types de désavantages en matière d'instruction. Certaines ont un niveau d'instruction très élevé mais beaucoup d'entre elles sont analphabètes. Plusieurs emplois leur étant, au départ, refusés, les premières sont sous-employées, les secondes vouées à des emplois sans avenir. La migration semble aussi les isoler des sources de soutien traditionnelles et la tradition les empêche de développer d'autres réseaux de soutien. Malgré ces restrictions, les immigrées, dans la plupart des cas, et plus que les hommes sont tenues responsables et se sentent responsables de la santé et du bonheur des membres de la famille.

Par ailleurs, les immigrées et les réfugiées ont souvent des besoins particuliers à cause de l'impact différentiel qu'ont, sur les femmes et sur les hommes, les politiques de formation linguistique de la CEIC. Le refus des allocations de base pour la formation linguistique aux membres de la Classe familiale et aux dépendants oblige beaucoup de femmes à se réinstaller, à entrer sur le marché du travail et à élever leurs enfants sans comprendre grand-chose au monde tout nouveau qui les entoure et, encore plus, sans pouvoir communiquer avec cet environnement.

La combinaison d'une plus grande fréquence et d'une gravité accrue des risques ainsi que de l'accès réduit aux mesures correctrices crée chez les immigrées et les réfugiées des besoins spéciaux en matière de santé mentale.

Toutes les recommandations du Groupe de travail présentées ailleurs dans ce rapport bénéficieront au moins autant aux immigrantes qu'aux immigrants. En particulier, la mise en oeuvre de la recommandation voulant que tous les nouveaux arrivés aient un accès égal à l'enseignement d'une langue officielle diminuera grandement pour les femmes le stress lié à la réinstallation. Cela aidera aussi à rompre le cercle vicieux selon lequel l'absence de formation linguistique condamne à des emplois marginaux ce qui rend difficile l'apprentissage de la langue, ce qui a pour résultat qu'on ne peut guère échapper à une situation d'emploi marginal sans connaissance de la langue. Finalement, la capacité de parler français ou anglais diminuera la dépendance des femmes à l'égard de leur mari, de leur employeur et de leurs enfants; ainsi, elles seront mieux à même de contrôler leur propre existence.

Les recommandations du Chapitre 5 relatives au matériel éducatif destiné aux immigrants et portant sur les services et problèmes propres à la santé mentale sont aussi très pertinentes pour les femmes qui sont traditionnellement responsables du bien-être de la famille. De même, la priorité que donne Santé et Bien-être social Canada à la promotion d'activités pour favoriser la santé chez les immigrants favorisera la mise sur pied de programmes de santé mentale visant à aider les femmes (Chapitre 6).

Au delà des besoins auxquels devraient répondre les politiques et les programmes recommandés, le Groupe de travail est conscient du besoin, pour les immigrants et les réfugiés de l'un ou l'autre sexe, de connaître et de comprendre les lois et coutumes canadiennes concernant les femmes. Le Groupe de travail recommande donc que **Santé et Bien-être social Canada, le Secrétariat d'État et la Commission canadienne sur le Statut de la femme élaborent et fournissent aux organismes de services aux immigrants, aux centres communautaires à vocation générale et aux associations ethnoculturelles, du matériel didactique multilingue sur les droits et les rôles de la femme au Canada afin que ces organismes puissent les utiliser pour étayer des discussions.**

Chapitre 11 :

Les personnes âgées

État de la question

Plus une personne a été exposée à une culture, plus il sera difficile pour elle de s'adapter à une culture différence. Cela explique que les immigrants et les réfugiés du troisième âge sont particulièrement sujets au stress et risqueront d'éprouver des troubles mentaux lors de leur réinstallation.

Lorsqu'ils arrivent au Canada, les immigrants du troisième âge ne reçoivent aucun soutien de leurs pairs ou d'un quelconque groupe qui défendrait leur cause. Ils restent une minorité isolée dans chaque communauté ethnoculturelle et dépendent financièrement, socialement et psychologiquement des plus jeunes membres de leur famille.

Les services sociaux et les services de santé devraient être rendus accessibles aux immigrants et aux réfugiés du troisième âge car ils en ont besoin. De plus, on devrait offrir aux nouveaux arrivés d'âge mûr des programmes de soutien qui tiennent compte de l'ethnie à laquelle ils appartiennent afin de répondre à leurs besoins en matière de santé mentale.

Les conditions de vie des personnes âgées

Pendant les dix dernières années, environ 10 p. 100 des immigrants entrant au Canada étaient âgés de 60 ans ou plus. Toutefois, seulement trois pour cent des exposés présentés au Groupe de travail insistaient sur la situation des immigrants et des réfugiés d'âge mûr. Comme l'indiquait un chercheur : «les personnes du troisième âge sont les plus démunies, les moins influentes et les plus «oubliées» des minorités ethniques.»
(Disman, 1986)

Les personnes âgées qui sont nées au Canada, même si elles sont relativement démunies, ont été préparées, dans une certaine mesure, à jouer un rôle moins important dans la société. Il en va autrement pour beaucoup de cultures où l'on accorde plus de prestige et de pouvoir aux personnes âgées. Aussi,

les personnes âgées de ces cultures font-elles face à un écart important entre le statut accordé aux plus âgés dans leur pays d'origine et ce qu'elles retrouvent au Canada.

Beaucoup de personnes du troisième âge dépendent des jeunes membres de leur famille, en général leurs enfants, pour le soutien et les relations sociales, car ils maîtrisent mal les langues officielles (voir figure 10.2) et se lient avec peu de compatriotes de leur âge. À cause de leurs lacunes linguistiques et de leur manque de compréhension de la société d'accueil, ils participent peu aux programmes des centres communautaires destinés aux personnes du troisième âge.

Qu'elles soient immigrantes ou nées au Canada, les personnes du troisième âge ont moins de facilité à s'adapter à un nouvel environnement que leurs parents plus jeunes. Toutefois, les immigrants d'âge mûr **doivent** faire face à un entourage matériel et culturel complètement nouveau. Ils le font, avec non seulement moins de capacités d'adaptation que les plus jeunes immigrants mais aussi avec moins d'instruction (figure 11.1) et, l'on présume, avec moins de compréhension de leur nouvel environnement.

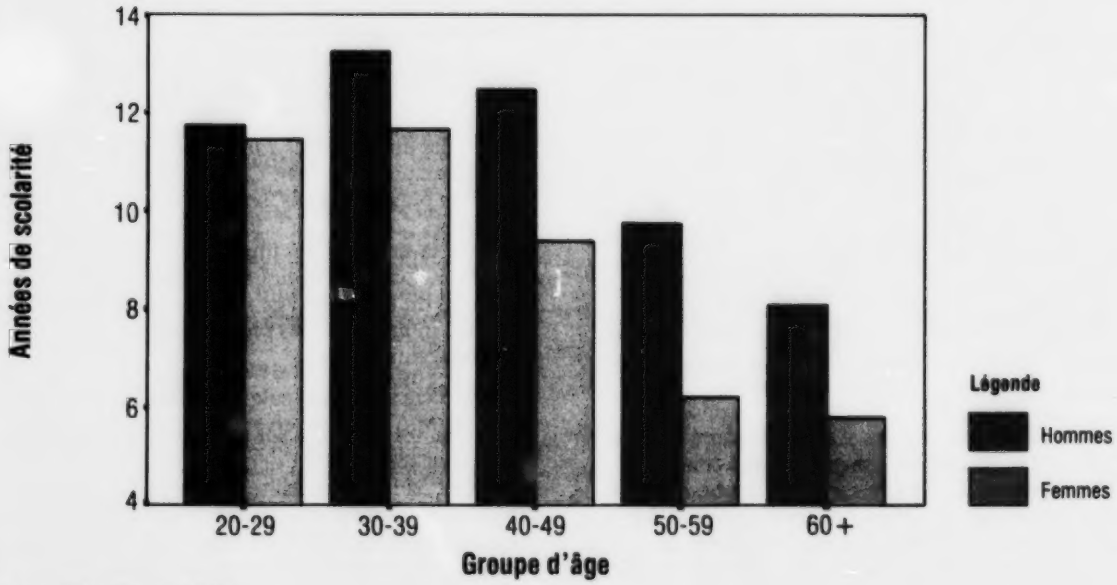
Les risques de troubles mentaux augmentent chez ces personnes démoralisées par l'abaissement de leur statut, leur isolement dû à des barrières linguistiques et leur sentiment d'aliénation face à une culture à laquelle les autres s'adaptent.

Les risques de démoralisation résident d'abord dans le contraste entre la nature des relations entretenues au sein de la famille immigrante et celles entretenues dans le pays d'origine. Au Canada, les parents âgés viennent en général vivre avec leurs enfants mariés : chez eux, c'est souvent le contraire. L'on s'attend souvent à ce qu'ils s'occupent de travaux domestiques et veillent sur leurs petits-enfants, plutôt que de diriger les affaires de la maison comme ils l'auraient fait dans leur pays d'origine. Lorsque les enfants et petis-enfants s'adaptent aux coutumes et valeurs canadiennes, on ne recherche pas et on ignore les conseils des aînés, considérant périmées leur sagesse et leur expérience.

Figure 11.1

Nombre moyen d'années de scolarité des immigrants et immigrantes d'âge adulte

Canada 1978-1987*



*Janvier à septembre 1987

Il est difficile, pour les deux catégories d'intéressés, de décider si les immigrants du troisième âge devraient vivre ou non avec leurs enfants. Les personnes du troisième âge peuvent préférer vivre seules et isolées plutôt que d'être démoralisées par une vie de famille qui nie leur statut traditionnel. Un sondage portant sur cinq communautés ethniques à London, Ontario, révélait que, surtout pour les Chinois et les Vietnamiens du troisième âge, la cohabitation de plusieurs générations n'était plus perçue comme un idéal.

Les chiffres indiquaient que 50 p. 100 des personnes âgées préféraient vivre seules si cela leur était possible. Un sondage similaire effectué à Toronto a produit une proportion de près de 80 p. 100.

Les changements de valeurs qui s'opèrent d'une génération à l'autre exacerbent les traumatismes, ce qui se traduit dans l'évocation des problèmes que posent les soins à donner aux personnes âgées lorsque le mari et la femme travaillent.
(Mémoire : London Cross Cultural Learner Center)

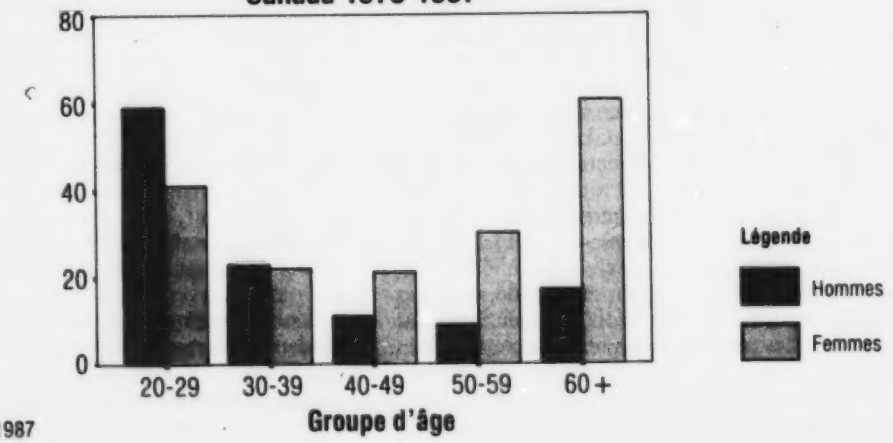
Pour leur part, les jeunes adultes peuvent trouver qu'il est plus traumatisant pour eux de vivre avec des personnes âgées qui se sentent malheureuses et qui ne peuvent accepter leur nouveau mode de vie, que de vivre avec la culpabilité de ne pas les loger. Dans un nombre inconnu de cas, les considérations financières pèsent dans la balance puisque les nouveaux arrivés n'ont droit au régime de pension de retraite qu'après dix ans de résidence au Canada.

Le nombre de familles d'immigrants qui éclatent augmente considérablement, le stress de la pauvreté exacerbant les tensions déjà engendrées par la cohabitation de plusieurs générations. Les plus jeunes membres de la famille, aux prises avec le défi de trouver leur propre voie dans un nouvel environnement et dans un climat économique généralement difficile, trouvent parfois plus commode de mettre les personnes âgées à la porte afin qu'elles puissent bénéficier pleinement du système de bien-être social.
(Mémoire : London Cross Cultural Learner Centre)

Lorsqu'ils partent de chez leurs enfants, beaucoup d'immigrants âgés, particulièrement les femmes, vivent dans la pauvreté et la solitude, souvent sans même avoir un conjoint (figure 11.2). Peu de communautés ethniques sont suffisamment nombreuses pour que les personnes âgées vivent assez près les unes des autres pour pouvoir se rendre visite. Du reste, plusieurs cultures n'acceptent pas volontiers l'idée d'élaborer des programmes et des services destinés aux personnes âgées.

Figure 11.2 **Pourcentage des immigrants et immigrantes appartenant aux groupes d'âge adulte qui ne sont pas mariés**

Canada 1978-1987*



*Janvier à septembre 1987

Qu'ils vivent ou pas avec les membres de leur famille, les personnes âgées nouvellement arrivées peuvent être plus ou moins touchées par l'aliénation que leur causent les valeurs et coutumes canadiennes, selon la rapidité avec laquelle les membres de leur famille se détachent de leur culture. La perspective de la citoyenneté canadienne symbolise et concrétise souvent le problème.

> *Dans plusieurs cas, des familles entières reçoivent la citoyenneté canadienne, sauf les personnes plus âgées qui ne peuvent répondre aux questions posées lors de l'audience car elles ne connaissent pas l'anglais (le français)... Beaucoup de personnes âgées se sentent isolées et inutiles auprès de leur famille car elles n'ont pu obtenir la citoyenneté canadienne.*
> *(Mémoire : Groupe de travail interculturel)*

Bien que les jeunes immigrants peuvent, en fait, ne pas se soucier de la citoyenneté de leurs aînés, ils critiquent souvent le fait qu'ils n'aient guère changé en ce qui concerne leurs habitudes alimentaires et vestimentaires et leurs comportements sociaux et religieux. Les aînés sont particulièrement bouleversés par les modifications opérées dans ces domaines. Par exemple, l'impossibilité dans laquelle ils se trouvent de participer à des cérémonies et à des rites religieux coutumiers les prive, au déclin de leur vie, d'une source importante de réconfort.

Les sources d'assistance

Les exposés présentés au Groupe de travail montrent, comme le font les résultats de certaines recherches, que les problèmes des réfugiés et des immigrants du troisième âge ont été identifiés au Canada, comme ailleurs, mais que très peu de solutions ont été apportées.

Si on regarde l'ensemble des services aux immigrants mis sur pied par la CEIC, Santé et Bien-être social Canada et le Secrétariat d'État, on voit qu'ils mettent l'accent sur tous les groupes d'âge sauf les aînés. Le Programme de formation linguistique en vue de l'établissement (PFLE) de la CEIC qui s'adresse aussi aux personnes n'allant pas sur le marché du travail devrait, en théorie, attirer et aider les migrants âgés. Toutefois, en réalité, peu de personnes âgées peuvent apprendre l'anglais ou le français au moyen d'un programme conçu pour les jeunes. Le programme Nouveaux Horizons de Santé et Bien-être social Canada subventionne un large éventail d'initiatives prises par «l'âge d'or pour l'âge d'or». Cependant, comme les communautés ethniques n'ont pas tendance à organiser des groupes de personnes du troisième âge, peu d'entre eux ont reçu des fonds. Les projets orientés vers les aînés d'origine ethnique du Groupe de travail interculturel de Halifax-Dartmouth et du Centre d'apprentissage transculturel de London, subventionnés par le Secrétariat d'État et Santé et Bien-être social Canada, représentent d'importantes exceptions au tableau d'ensemble.

Des efforts insuffisants ont été déployés afin que la clientèle multiculturelle ait accès aux programmes des centres communautaires destinés aux personnes du troisième âge. Cette différence s'explique par le faible taux de personnes âgées appartenant à des minorités ethniques et par le fait qu'aucun groupe de soutien organisé ne les appuie. De plus, comme le soulignent plusieurs exposés adressés au Groupe de travail, certains organismes de services ont l'impression que les immigrants du troisième âge exigent moins de services et qu'ils ne les utilisent pas car leur famille et la communauté ethnique leur apportent les soins dont ils ont besoin.

Des études, menées en Nouvelle-Écosse et en Ontario, portant sur un large éventail de communautés ethno-culturelles, montrent que, loin d'avoir de moindre besoins, les immigrants du troisième âge recherchent autant les services, sinon plus, que les Canadiens du même groupe d'âge. Par exemple, comparés à un groupe de contrôle né au Canada, les immigrants du troisième âge utilisaient les services de médecins généralistes beaucoup plus souvent et pour une plus large gamme de besoins, notamment les consultations. Ils semblaient cependant moins portés à suivre un traitement complet. Tandis que les personnes âgées nées au Canada avaient tendance à voir «un lien direct entre la médecine générale et les spécialistes», les immigrants du troisième âge n'avaient pas recours aux spécialistes ou aux programmes auxiliaires offerts par les services communautaires à vocation générale auxquels on les avaient adressés (Mémoire : Centre d'apprentissage transculturel de London). Par conséquent, les services externes et d'urgence des hôpitaux ont accueilli un nombre disproportionné d'immigrants du troisième âge se trouvant en situation de crise. Cette situation a été aggravée par le fait que les proches des immigrants âgés avaient tendance à percevoir les soins intensifs dans un établissement comme plus acceptables que les programmes de soins de longue durée.

Lors d'une conférence organisée en février 1988 par l'Association canadienne de santé publique et portant sur le vieillissement et les particularités ethniques dans les environs d'Ottawa, 140 personnes du troisième âge issues de minorités ethniques, des fonctionnaires et des spécialistes de services privés ont discuté d'une série de mesures préventives et curatives qui pourraient répondre aux besoins spéciaux des personnes âgées membres de groupes ethniques minoritaires et habitant au Canada, en ce qui a trait particulièrement aux besoins de logement culturellement adapté et aux services de soutien social.

L'un des résultats plus importants de cette conférence est que tous les participants ont compris que certains aînés, ayant des compétences, sont intéressés à travailler sur les problèmes auxquels eux et leurs pairs font face afin d'y apporter des solutions. Dans certains cas, ces dirigeants potentiels ont immigré plus jeunes, parlaient une des langues officielles et ont eu le temps de s'adapter plus jeunes à la culture canadienne. Dans d'autres cas, les aînés issus de cultures moins traditionnelles, ou ceux qui avaient vécu dans d'anciennes colonies des puissances occidentales pouvaient interpréter les coutumes et les valeurs canadiennes pour les autres.

Conclusion

Les immigrants et les réfugiés du troisième âge, en raison de la perte de ce qui leur était familier et les difficultés qu'ils éprouvent à s'adapter à leur nouveau mode de vie, courent davantage le risque de faire face à des problèmes émotifs ou de développer des troubles mentaux. Leur perte de prestige au sein de la famille a tendance à les démoraliser. L'isolement psychologique et social s'accroît tandis que les plus jeunes membres de leur famille se détachent de leur culture et que leurs contemporains, déjà peu nombreux, meurent. Incapables de s'adapter, les aînés restent isolés de leur nouvel environnement et peuvent l'être également de leurs propres enfants.

Les besoins particuliers des aînés peuvent limiter les bénéfices qu'ils sont en mesure de tirer des recommandations faites ailleurs dans ce rapport. Les initiatives relatives aux possibilités d'emploi, par exemple, et celles ayant trait à la formation linguistique sont considérablement moins prometteuses pour les aînés que pour les jeunes adultes immigrants. D'un autre côté, le matériel d'orientation multilingue, particulièrement sous sa forme non imprimée, est d'une importance vitale pour les aînés avant et après l'émigration.

Les recommandations relatives à l'accès aux services sociaux et aux services de santé destinés à l'ensemble de la communauté aideront les immigrants d'âge mûr au moins autant que les plus jeunes, en supposant que les programmes et services spécifiquement créés pour les aînés répondent aussi bien à leurs besoins que le font ceux qui sont axés sur d'autres groupes d'âge. Lorsqu'on offre des services aux immigrants du troisième âge, il est extrêmement important pour beaucoup d'entre eux d'avoir accès à des interprètes bien formés, sensibilisés à leur culture.

Finalement, les immigrants et les réfugiés d'âge mûr devraient bénéficier d'initiatives de développement communautaire telles que celles entreprises par le Secrétariat d'État dans le cadre de la formation au leadership et du développement de groupes d'entraide (Chapitre 2). Un réseau de groupes de contemporains qui offrirait à la fois un soutien social et des activités récréatives fait cruellement défaut aux immigrants du troisième âge. Ces derniers souhaitent ardemment la mise sur pied d'un tel réseau car c'est là quelque chose qui est connu et accepté dans plusieurs cultures. Les dirigeants et les modèles humains potentiels sont disponibles, ils ont seulement besoin de recevoir encouragement et soutien pour mettre à profit leur bagage de compétences et d'idées.

Le Groupe de travail recommande que **Santé et Bien-être social Canada et le Secrétariat d'État encourage et soutienne le développement de programmes et groupes de soutien aux aînés dans les organismes de services aux immigrants, les centres communautaires à vocation générale et les organisations ethnoculturelles.** Il ne faudrait pas oublier de prévoir les fonds nécessaires à la recherche et à la formation de dirigeants, aux services de transport, d'accompagnement et aux activités récréatives.

Les migrants d'âge mûr éprouvent une large gamme de besoins mais ils possèdent aussi un large éventail de compétences. Les besoins des personnes âgées pourront être satisfaits si l'on stimule et utilise leurs forces, si l'on encourage et soutient le développement de groupes de contemporains.

Chapitre 12 :

Les personnes atteintes de stress aigu

État de la question

Les gens qui ont été atteints de stress aigu par suite de catastrophes naturelles telles que les tremblements de terre ou les inondations, ou d'agressions humaines telles que le harcèlement, les menaces, la guerre, le viol ou la torture, ont reçu en fait des blessures qui devraient leur valoir une compassion et une compréhension particulières. La nomenclature officielle de l'Association américaine de psychiatrie, DSM-III, mentionne explicitement, dans sa description «des troubles résultant de stress post-traumatique», la nature des symptômes se développant à la suite d'un événement psychologiquement traumatique qui dépasse le niveau des expériences humaines courantes. Parmi les principales caractéristiques de ce trouble, on peut citer le fait de revivre l'événement sous l'effet de souvenirs douloureux et honnis, des rêves ou des cauchemars récurrents, le sentiment d'être détaché ou éloigné d'autrui, le détachement par rapport à des choses qui autrefois plaisaient et des problèmes ayant trait à la vie intime. Certains rescapés manifestent aussi une vigilance exagérée, des difficultés à s'endormir et nourrissent des soupçons à l'égard d'autrui. Alors que, dans certains cas, les symptômes peuvent surgir peu après le traumatisme, dans d'autres cas ils se manifestent des mois ou même des années plus tard.

Même s'ils n'ont pas vécu personnellement la catastrophe, la famille et les enfants de quelqu'un qui a été persécuté ou torturé portent leurs propres blessures. Les études menées sur les enfants de familles persécutées pour leurs idées politiques en Amérique latine et en Irlande du Nord, et sur les enfants dont les parents ont survécu aux camps de concentration nazis ont relevé des comportements communs à tous ces groupes. Les enfants réagissent à ces situations de façon typique, il se produit un arrêt de leur développement psychologique au cours duquel la peur remplace le sentiment de sécurité. Les enfants développent alors des symptômes tels que le repli sur soi, des angoisses chroniques, la dépression, des comportements excessivement dépendants, des troubles du sommeil, ils se plaignent de maux physiques, éprouvent des problèmes scolaires et ont de la difficulté à s'entendre avec leurs camarades.

Les rescapés d'âge adulte forment un groupe qui comporte de hauts risques de développer des troubles émotionnels. Le tableau 12.1, qui montre le taux d'utilisation des services communautaires de santé mentale par différents groupes ethniques de Vancouver, illustre bien cela. En 1987, les Canadiens anglais représentaient environ 67 p. 100 de la communauté desservie alors que 81 p. 100 des patients ayant recours aux services de soins mentaux étaient Canadiens anglais. Les Canadiens anglais étaient donc légèrement surreprésentés dans la composition du groupe client. Comme c'est couramment le cas pour beaucoup de groupes ethniques, les Sud-asiatiques et les Chinois étaient sous-représentés. Cependant, les Latino-américains et les Vietnamiens — groupes ethniques ayant été exposés à des sources de stress telles que la guerre, l'emprisonnement et, dans certains cas, la torture — renversaient cette tendance avec un taux d'utilisation dépassant largement leur représentation dans l'ensemble de la population.

En règle générale, la guérison est déterminée par la capacité de revivre l'événement dans un contexte sécurisant, de comprendre pleinement sa signification et de le partager avec d'autres personnes. Malheureusement, la peur et la honte empêchent souvent les gens de raconter leur histoire. Quand ils le font, ils risquent parfois de se discréditer. Bien des observateurs ont remarqué l'apparence impassible avec laquelle les gens racontent d'horribles expériences de persécution, de harcèlement et même de torture. L'auditeur qui ne décèle pas que cet «engourdissement psychique» fait partie du trouble, et représente la seule façon dont les gens peuvent vivre avec des souvenirs d'horreurs inimaginables, peut mal interpréter ce stoïcisme et croire que l'inimaginable n'est, en fait, jamais arrivé.

Tableau 12.1

Utilisation relative des services communautaires de soins de santé mentale par des groupes ethnoculturels sélectionnés

	Pourcentage en réception	Pourcentage de dossiers	Taux d'utilisation	Utilisation relative par les groupes minoritaires
Latino-américains	0,27	0,93	344,4%	289,4%
Vietnamiens	0,39	0,58	148,7%	125,0%
Sud-asiatiques	3,66	2,03	54,5%	45,8%
Chinois	13,08	7,57	57,9%	48,6%
Anglo-canadiens	68,00	81,00	119,0%	(100,00%)

* Adapté de R. Peters, « Comité sur le multiculturalisme et la santé mentale du Interagency Mental Health Council : mise à jour », Greater Vancouver Mental Health Service Society, février 1988.

Parler des désordres dus au stress post-traumatique et montrer que cela peut arriver chez des gens autrefois sains mais qui ont été exposés à différents types de catastrophes ne doit pas nous aveugler sur le fait que chaque individu réagit au stress d'une façon unique qui dépend en partie de sa culture. Par exemple, des autorités nous ont rapporté qu'un Latino-américain qui avait été torturé et avait cédé sous la souffrance non seulement souffrait des effets de la torture, mais avait aussi le sentiment humiliant d'avoir trahi son idéal culturel de virilité. Par ailleurs, les Cambodgiennes ont tellement été victimes de viol et de torture que le stigmate peut être moindre que dans d'autres groupes; il y a une tendance à interpréter l'expérience comme le fruit de la fatalité.

Le cas spécial de la torture

En 1973, le comité médical d'Amnistie internationale recommandait que des études soient menées pour confirmer l'impression selon laquelle la torture était fréquemment utilisée par les régimes répressifs et pour déterminer les effets de la torture. Le premier centre pour le traitement des victimes de la torture a été fondé en 1982 à Copenhague. Cependant, bien avant cette époque le groupe médical canadien d'Amnistie internationale avait entamé des recherches sur la torture et ses séquelles. Le travail, commencé à Toronto en 1978, a débouché sur la fondation, en 1984, du Centre canadien de réadaptation des victimes de la torture. Jusqu'à présent, le Centre a travaillé avec plus de 800 victimes de torture, dont 200 en 1987 seulement. Un deuxième centre, l'Association pour les rescapés de la torture, de Vancouver, a ouvert ses portes en 1985.

Ces deux organismes canadiens s'accordent à dire que la torture vise davantage à détruire la personnalité qu'à soutirer des confessions. Leurs conclusions font écho à l'éloquent commentaire d'Elaine Scarry :

> ***... la douleur... est un véhicule d'autotrahison. La torture empêche systématiquement le prisonnier d'être l'agent de quoi que ce soit tout en prétendant qu'il est l'agent de quelque chose. Malgré le fait qu'en réalité il a été dépossédé de tout contrôle sur ce monde, ses mots et son corps, et donc de toute responsabilité pour eux, il interprétera ses confessions comme elles seront comprises par autrui comme un acte d'autotrahison.***
>
> ***Le but du bourreau est d'une part de rendre le corps extraordinairement et douloureusement présent en le détruisant, et d'autre part de rendre la voix absente en la détruisant...***
> *(Scarry, 1985)*

Les séquelles psychologiques typiques de la torture attestent l'efficacité des méthodes employées par le bourreau.

Le Centre de réadaptation des victimes de la torture de Toronto rapporte que la méfiance est une caractéristique commune à tous les rescapés de la torture. La méfiance alliée à une sensibilité excessive aux stimuli fauss l'interprétation des stimuli, ce qui parfois entraîne de sérieuses conséquences. Par exemple, le directeur du Centre rapporte qu'il n'est pas rare qu'un rescapé de la torture soit réveillé par le bruit d'une voiture tournant au ralenti et qu'il en déduise qu'il est sous surveillance, ce qui provoque une crise de panique. Les personnes ayant été persécutées souffrent particulièrement du racisme car elles redoutent, en y étant exposés, d'avoir à revivre la condition indicible déjà connue. Les victimes de la persécution et de la torture sont hypersensibles au rejet et ont tendance à réagir excessivement dans des situations auxquelles elles sont souvent confrontées, telles que les retards bureaucratiques.

Il est difficile d'offrir de l'aide aux rescapés de la torture car beaucoup d'entre eux hésitent à se faire connaître. Il est compréhensible que plusieurs soient soupçonneux à l'égard des services d'aide d'organismes comme les cliniques de santé mentale; leur expérience avec des professionnels tels que les médecins peuvent avoir comporté des examens visant à déterminer s'ils pouvaient supporter davantage de tortures. Les rescapés souffrent également de la honte, et ont peur de blesser leur famille en révélant certains faits. Les statistiques pourtant écrasantes recueillies par le centre de Toronto sous-estiment, en toute probabilité, l'étendue du problème.

Il est regrettable que les rescapés répugnent à chercher du secours puisque l'évidence montre que la thérapie est très efficace. Beaucoup de victimes de la torture peuvent être secourues par la psychothérapie. Pour les victimes de la torture et de la répression politique le fait de témoigner et de partager avec quelqu'un d'autre la douleur et l'humiliation des expériences a une valeur thérapeutique significative. La confusion peut, par le biais des témoignages, se transformer en colère

contre les bourreaux et le régime autorisant ces actes. Certaines victimes de la torture ont été soulagées de changer leur souffrance personnelle en témoignage public car tout en aidant les autres, elles participent ainsi à une force sociale constructive pour combattre la torture. Les témoignages publics, outre leur contribution au bien commun, ont un effet thérapeutique sur l'individu car ils lui fournissent un moyen positif de canaliser leur hostilité tout en exécutant un geste de réparation sociale psychologiquement libérateur. Cette forme de témoignage, qui accorde une valeur à la personne souffrante, transforme l'expérience passive en une réponse active.

Les rescapés de la persécution et de la torture ont souvent de la difficulté à se réadapter sur les plans professionnel et social. Leur sommeil est troublé par des rêves traumatiques et leur vigilance est excessive; il leur est donc pénible d'arriver au travail à l'heure ou de se concentrer sur leurs tâches. Pour répondre à leurs besoins spécifiques, la CEIC a élaboré un projet de réadaptation professionnelle pour les victimes de la torture.

Le Groupe de travail loue les efforts déployés par les centres de Toronto et de Vancouver pour attirer l'attention sur un problème largement caché et profondément douloureux; il applaudit les tentatives faites par la CEIC pour offrir des programmes souples afin de répondre à certains des besoins des rescapés de la torture.

Le Groupe de travail recommande que **Santé et Bien-être social Canada soutienne des initiatives de recherche et de promotion de la santé visant à faire mieux connaître les conséquences psychologiques de la torture et à mettre au point des méthodes de traitement efficaces pour les rescapés de la torture et leurs familles.**

Partie V :

Conclusion et recommandations

Le Groupe de travail a entendu beaucoup de récits dramatiques au sujet des expériences vécues par les immigrants et les réfugiés habitant le Canada. Le compte rendu suivant n'illustre que trop bien les problèmes de santé dont souffrent beaucoup de nos nouveaux arrivés.

Lorsque Quyen a eu des nouvelles de son frère, elle s'est laissée aller à penser qu'il pouvait, après tout, y avoir des raisons d'espérer. En 1981, Quyen et son mari, Bang, portant à tour de rôle leur fille nouveau-née, ont suivi les traces du frère aîné de Quyen et ont fui le Viêt-nam. Ils ne l'ont jamais rejoint. Cependant, quelqu'un du camp de réfugiés en Thaïlande a informé Quyen que son frère était là avant eux et qu'il était parti au Canada à titre de réfugié. Au moment de l'arrivée de Quyen et de son mari au camp, le Canada n'acceptait plus les réfugiés en grand nombre et ils ont dû attendre.

Ils étaient abattus par la saleté des camps de réfugiés, le débordement des latrines qui coulaient dans les sentiers entre les entrepôts de béton surpeuplés où ils vivaient. Bang sentait qu'il devait constamment rester près de son épouse. D'autres femmes, belles et minces comme elle, avaient été violées derrière les boîtes de poubelle où elles étaient venues chercher des provisions supplémentaires, ou dans l'une des sombres allées du camp. La naissance d'un deuxième enfant — même si c'était un garçon — aggrava la situation. Puis le miracle est arrivé. L'ambassade canadienne avait localisé le frère de Quyen qui vivait dans une petite localité de Colombie-Britannique; celui-ci avait déclaré que d'ici à un an, il pourrait parrainer leur entrée au Canada.

En réalité, il lui aura fallu plus d'un an pour économiser suffisamment pour que les autorités soient convaincues qu'il pourrait être financièrement responsable des siens. Enfin, en décembre 1985, la famille entreprenait son voyage vers le Canada et une nouvelle vie. Ils étaient au comble de la joie en apprenant que le frère de Quyen avait trouvé un emploi dans une ville minière située au nord de la province, à 100 milles environ de l'endroit où il vivait à ce moment-là. Ils sont restés assez longtemps à Vancouver pour que Bang complète une formation linguistique pour personnes destinées au marché du travail, puis sont partis pour le nord de la C.-B. Aussitôt arrivés dans leur nouvelle maison, le frère de Quyen leur a téléphoné pour leur annoncer qu'il se rendrait chez eux en voiture leur souhaiter la bienvenue et voir sa nièce qu'il avait connue bébé et son neveu qu'il n'avait encore jamais vu.

Ce soir-là, les journaux ont rapporté une collision de deux autos sur l'autoroute transcanadienne. L'accident avait provoqué la mort d'un des conducteurs, un Vietnamien de 40 ans.

Le visage de Bang ne perdait jamais l'air grave et préoccupé qu'il avait acquis au camp de réfugiés. Il travaillait fort à la mine et bientôt se trouvait un deuxième emploi en qualité de plongeur. Il était ambitieux et, même s'il était éloigné de sa famille car travaillant six jours par semaine, 12 heures par jour, il espérait que cela ne serait que temporaire et que, à long terme, ils en retireraient les avantages financiers recherchés. Parce qu'il était souvent absent et épuisé lorsqu'il rentrait chez lui, Bang n'a pas remarqué que sa femme avait tendance à se culpabiliser de plus en plus pour la mort de son frère et qu'elle devenait découragée et apathique.

Quyen ne pouvait s'arrêter de penser que, sans elle, son frère aurait été encore en vie. De plus, elle souffrait d'être la seule Vietnamienne du village. Bang se débrouillait maintenant en anglais et les enfants l'apprenaient vite. Quyen aurait aussi aimé apprendre la langue, mais ne répondait à aucun critère de qualification pour suivre un des programmes de formation offerts dans la région. De toute façon, elle n'aurait eu personne pour garder les enfants — surtout pas les voisins qui semblaient tellement hostiles.

Ses voisins n'étaient pas seulement hostiles, ils la critiquaient. Ils avaient remarqué que Quyen allait parfois au magasin en laissant sa fille de neuf ans seule avec son frère de cinq ans. Ils avaient également constaté que, même lorsque Quyen était à la maison, les enfants semblaient remarquablement libres d'errer dans le quartier et de traverser la rue sans la surveillance d'un adulte.

Quyen ne se sentait pas bien. Un jour, elle est allée consulter un médecin généraliste dont Bang avait entendu parler au travail. Sa fille de neuf ans lui servant d'interprète, Quyen a expliqué au docteur qu'elle avait des taches devant les yeux, qu'elle était tout le temps fatiguée et qu'elle ne pouvait dormir la nuit. Le médecin leur a annoncé que les résultats des tests de laboratoire et les radiographies de Quyen étaient normaux et qu'il n'y avait aucun sujet d'inquiétude.

Finalement, l'un des voisins de Quyen a appelé les services sociaux locaux afin qu'ils fassent une enquête pour déterminer si les enfants étaient victimes de négligence. Après avoir parlé à un certain nombre de voisins, le jeune travailleur social était également préoccupé. Il est allé interrogé l'enseignant de la fille de Quyen. D'abord, l'enseignant a rapporté que tout semblait normal; la petite fille était très tranquille, mais son enseignant pensait qu'elle était peut-être naturellement timide ou déférente, comme c'est le cas de beaucoup d'Orientaux. Au fur et à mesure qu'elle parlait avec le travailleur social, l'enseignant a commencé à se demander si le comportement qu'elle attribuait à la culture n'était pas dû à autre chose. Au lieu de la déférence, ce pouvait être de l'apathie, et l'apathie peut, comme l'indiquait le travailleur social, être due à l'absence de soins sur le plan psychologique, voire physique.

Quyen put voir clairement que le travailleur social la jugeait sévèrement lorsqu'il s'est rendu chez elle pour poursuivre son enquête. Elle n'ignorait pas que la maison n'était pas aussi propre qu'elle aurait pu l'être mais, même si elle avait pu parler au jeune homme, elle ne lui aurait pas avoué que, depuis quelque temps, elle n'avait plus l'énergie de cuisiner ou de nettoyer. Elle se retenait pour ne pas pleurer en présence des membres de sa famille car elle ne voulait pas être un fardeau; mais, plus elle pensait à son frère et à sa propre solitude, moins elle ne pouvait s'empêcher de pleurer.

Les preuves accumulées contre Quyen et Bang étaient bientôt si convaincantes qu'il ne restait d'autre choix que de mettre les enfants sous la garde d'un tiers. Quand il a compris à quel point le moment se prêtait mal à ce genre de mesure, le travailleur social était peiné. S'il avait su, il aurait

essayé de retarder le retrait des enfants afin qu'il ne coïncide pas avec le jour de l'an vietnamien à l'occasion duquel Bang avait pris un congé spécial.

Le départ des enfants a aggravé l'état de Quyen. Lorsque Bang a dit au médecin généraliste qui l'avait examinée plus tôt que sa femme parlait de se suicider, le docteur l'a fait transporter à l'hôpital psychiatrique de l'Université de Colombie-Britannique.

Bang est troublé et, quand on l'y incite, il avoue sa colère. On lui avait dit que, contrairement au Viêt-nam, le Canada avait beaucoup d'organismes qui aidaient les gens. Il a maintenant côtoyé les services sociaux, les écoles, les médecins de famille et les psychiatres. Il a l'impression que cette «aide» n'a servi qu'à lui faire perdre sa femme et ses enfants.

L'histoire de Quyen et de Bang a été modifiée afin de protéger leur identité, mais elle n'est pas exagérée. Chacun des membres du Groupe de travail connaît des familles ayant vécu plus ou moins le même drame et les témoignages oraux et écrits reçus en décrivent plusieurs autres.

En tant que société attentive aux besoins des individus, le Canada a des responsabilités envers les nouveaux arrivés comme Quyen et Bang. Ces responsabilités comprennent la prévention de troubles émotionnels, la promotion du bien-être et la garantie que les gens ayant besoin de traitement y ont accès.

L'émigration pose des risques pour la santé mentale des individus. Cependant, plutôt que de devenir des cas psychologiques, la plupart des immigrants et des réfugiés réussissent à devenir productifs et utiles pour la société canadienne.

Le Groupe de travail a tenté d'identifier les facteurs susceptibles d'augmenter chez les personnes récemment arrivées les risques de détresse, qui privent le Canada de leurs contributions potentielles. Parmi les facteurs les plus puissants de détresse émotionnelle, on retrouve les attitudes négatives du public, la séparation d'avec la famille et la communauté, l'incapacité de parler l'anglais ou le français, et l'incapacité de trouver un emploi. De plus, les personnes ayant vécu des expériences prémigratoires traumatiques, les femmes de cultures traditionnelles, les adolescents et les personnes âgées sont particulièrement susceptibles de connaître des difficultés au cours de leur réinstallation. La tragédie de Quyen et de Bang illustre les conséquences douloureuses de l'incompréhension, de la solitude et du manque de chances pour la santé mentale de gens qui, par ailleurs, peuvent et désirent ardemment apporter leur contribution à la société canadienne.

Si on arrive à vaincre ces facteurs de risques, la migration pourrait être transformée pour devenir une source de promesses d'avenir. Changer les attitudes afin que les Canadiens en viennent à valoriser notre engagement pluriculturel davantage que nous ne le faisons à l'heure actuelle bénéficierait à tout le monde. Une mesure de prévention efficace, dans la perspective de la santé mentale, consiste à renforcer les communautés. Nous devons déployer tous nos efforts pour nous assurer que les gens disposent des outils, notamment linguistiques, tels que la langue, dont ils ont besoin pour s'intégrer pleinement à la société canadienne.

Quelle que soit l'efficacité des programmes de prévention des troubles mentaux et la promotion de la santé qui pourront être mis sur pied, la maladie mentale ne disparaîtra jamais. On aura toujours besoin de services de soins, fournis par des services officiels de santé mentale et par des organismes qui, bien qu'organisés à d'autres fins, apportent des contributions importantes au traitement et à la réadaptation des malades mentaux.

Malheureusement, beaucoup d'immigrants et de réfugiés se heurtent à des obstacles redoutables lorsqu'ils recherchent des soins. Il n'y a aucun coupable dans l'histoire de Quyen et de Bang; ils ont été victimes de l'incompréhension et non de la malfaisance. L'incompréhension provient en partie des difficultés linguistiques mais surtout d'une mauvaise perception des différences culturelles et historiques. Si les voisins de Quyen et le travailleur social avaient compris qu'au Viêt-nam, il est parfaitement acceptable de laisser un jeune enfant avec sa soeur aînée, et qu'il semble guère dangereux pour une petite fille ayant vécu dans les camps de réfugiés thaïlandais de traverser la rue toute seule, ils se seraient moins hâtés d'attribuer ces comportements à la négligence. Si le médecin de Quyen avait pu communiquer avec elle autrement que par l'intermédiaire d'une enfant de neuf ans, et s'il avait compris que les gens de sa culture ne sont pas spontanément portés à parler de leurs sentiments et de leurs bouleversements émotionnels, il en serait peut-être arrivé à poser plus tôt le diagnostic de la dépression. Un traitement approprié, tenant compte des particularités culturelles,

aurait pu, à plusieurs étapes critiques, changer le cours de cette malheureuse histoire.

En enlevant les barrières à l'accès et en rendant les services plus efficaces, on incitera les différents paliers de gouvernements, les professionnels de la santé mentale et les centres de formation à faire preuve d'esprit créatif. Pour répondre aux besoins de services, il ne sera pas nécessaire de créer quelque chose de nouveau pour chaque groupe linguistique et culturel du Canada. Avec l'encouragement et l'impulsion du gouvernement fédéral, chaque province du Canada peut fournir des services efficaces transculturels de santé mentale en utilisant les ressources déjà existantes et en contenant l'accroissement des dépenses au strict minimum.

Les recommandations du Groupe de travail se fondent sur **trois principes importants** que nous avons pu mettre au jour grâce aux résultats de nos travaux et à nos discussions :

- D'abord, les problèmes de santé mentale qui touchent les immigrants et les réfugiés comprennent à la fois les problèmes liés aux causes et ceux liés au traitement. Pour répondre aux besoins liés à la santé mentale des immigrants au Canada, on doit lutter contre les facteurs comportant des risques et généraliser l'accès aux services de traitement.

- Deuxièmement, les étapes nécessaires à la prévention et au traitement de la détresse émotionnelle chez les immigrants mettent en jeu des personnes avec qui les migrants rentrent en contact autant que les immigrants eux-mêmes. On peut éliminer les sources majeures de détresse chez les immigrants et faciliter l'efficacité de leurs soins de santé mentale en sensibilisant les natifs du Canada — les agents d'immigration, les agents d'accueil, les enseignants, les voisins et le personnel chargé des soins de la santé mentale — aux différentes façons dont la culture peut influer sur leurs relations avec les nouveaux venus dans ce pays.

- Finalement, les recommandations du Groupe de travail tiennent compte du fait qu'aucun groupe ou palier gouvernemental ne peut assumer seul la responsabilité de sauvegarder la santé mentale des immigrants et des réfugiés au Canada. Pour que les nouveaux arrivés s'adaptent et s'intègrent à la société canadienne, chaque palier de gouvernement, chaque planificateur et chaque spécialiste des services appropriés doit, au moment de prendre des décisions, tenir compte des points forts, des besoins et perspectives des migrants.

Sur la base de ces principes et vu l'urgence relative, les possibilités de mise en oeuvre et la faisabilité de chaque mesure proposée, le **Groupe de travail recommande que :**

1. La CEIC élabore, en collaboration avec les organismes de services aux immigrants et les associations ethnoculturelles, une série de programmes multilingues d'orientation prémigratoire et les offre dans les camps de réfugiés et les ambassades du Canada à l'étranger. (Chapitre 2, page 27)

2. La CEIC accélère la révision des critères d'admission pour les adapter à une définition plus large de la famille et change les procédures d'admission pour que les familles puissent être rassemblées plus rapidement. (Chapitre 2, page 26)

3. La CEIC, Santé et Bien-être social Canada et le Secrétariat d'État assurent le financement de base du fonctionnement à long terme des organismes de services aux immigrants. (Chapitre 2, page 26)

4. Santé et Bien-être social Canada et le Secrétariat d'État encouragent et soutiennent la formation de groupes d'aînés et l'élaboration de programmes qui leur sont destinés dans les organismes de services aux immigrants, les centres communautaires à vocation générale et les associations ethnoculturelles. (Chapitre 11, page 95)

5. Santé et Bien-être social Canada, le Secrétariat d'État et le Conseil consultatif sur la situation de la femme élaborent et distribuent du matériel éducatif multilingue sur les droits et le rôle de la femme au Canada. Les organismes de services aux immigrants, les centres communautaires à vocation générale et les associations ethnoculturelles pourraient utiliser ce matériel pour animer des discussions. (Chapitre 10, page 90)

6. Santé et Bien-être social Canada et le Secrétariat d'État, en collaboration avec leurs homologues provinciaux, veillent à ce que les programmes et l'environnement scolaires, les installations préscolaires et les garderies reflètent la diversité culturelle des enfants qui les fréquentent. (Chapitre 9, page 84)

7. Le Secrétariat d'État, en collaboration avec les ministères provinciaux de l'éducation, encourage et soutienne les conseils scolaires pour qu'ils adoptent des politiques multiculturelles de relations raciales semblables à celles, qui ont déjà fait leur preuves au niveau fédéral. (Chapitre 1, page 16)

8. La CEIC, le ministère des Communications et le Secrétariat d'État renseignent mieux le public sur les avantages du pluralisme culturel, la contribution des immigrants à la société canadienne, les difficultés auxquelles les nouveaux arrivés sont confrontés, et les effets des préjugés tant sur ceux qui en sont victimes que sur ceux qui les manifestent. (Chapitre 1, page 16)

9. La CEIC assure à tous les immigrants et réfugiés l'égalité d'accès à l'apprentissage des langues officielles, que ces gens soient ou non destinés au marché du travail. Des allocations de formation de base devraient être octroyées quelle que soit la catégorie d'immigration à laquelle appartiennent les personnes qui font la demande de cours. (Chapitre 3, page 34)

10. La CEIC, en collaboration avec le Secrétariat d'État, assouplisse les programmes d'apprentissage des langues officielles en tenant compte du niveau linguistique exigé, des objectifs des cours, de la durée des programmes, des horaires de cours, et de l'endroit où les classes sont situées. (Chapitre 3, page 34)

11. La CEIC, le ministère du Travail et le Secrétariat d'État entament des négociations avec leurs homologues provinciaux pour établir des critères et des lignes directrices à mettre en oeuvre pour que les personnes formées à l'extérieur du Canada puissent y pratiquer leurs professions et métiers. (Chapitre 4, page 41)

12. Santé et Bien-être social Canada, avec la participation des associations professionnelles, des services administratifs et des organismes de services aux immigrants, mette sur pied un organisme consultatif qui serait chargé de coordonner et de surveiller les services sociaux, ainsi que les services de santé et de santé mentale offerts aux minorités ethniques. (Chapitre 6, page 63)

13. Santé et Bien-être social Canada invite les intéressés à soumettre des propositions d'organisation de modules de formation transculturelle dans les domaines de l'éducation, de la médecine familiale, des sciences infirmières, de la psychiatrie, de la psychologie et du travail social. (Chapitre 7, page 70)

14. Santé et Bien-être social Canada, le Secrétariat d'État et leurs homologues provinciaux encouragent les institutions d'études supérieures à conférer un caractère prioritaire à la formation interculturelle, particulièrement pour les étudiants dans les disciplines suivantes : en éducation, en médecine, en sciences infirmières, en psychiatrie, en psychologie et en travail social. (Chapitre 7, page 70)

15. Santé et Bien-être social Canada et le Secrétariat d'État encouragent tous ceux qui financent des services sociaux et de santé à exiger que les associations et organismes qui soumettent des demandes de financement prouvent qu'ils s'efforcent de rendre leurs services accessibles plus aux minorités ethniques et qu'ils démontrent l'efficacité de ces efforts. (Chapitre 6, page 62)

16. Santé et Bien-être social Canada accorde une certaine priorité aux immigrants et réfugiés ainsi qu'aux problèmes multiculturels lorsqu'il distribue des subventions pour la promotion de la santé, la recherche et les autres activités vouées au mieux être de la population. (Chapitre 6, page 63)

17. Santé et Bien-être social Canada, en collaboration avec les organismes de services aux immigrants et les associations ethnoculturelles, élabore du matériel éducatif multilingue sur les conséquences psychologiques de l'émigration et sur les ressources disponibles pour les soins mentaux. Santé et Bien-être social Canada devrait fournir ce matériel aux ministères provinciaux de la santé et aux organismes de services aux immigrants afin qu'ils les distribuent dans les services de première ligne

et par l'intermédiaire des médias ethniques. (Chapitre 5, page 55)

18. Santé et Bien-être social Canada et ses homologues provinciaux encouragent tous les organismes de services de soins de santé et de santé mentale à élargir, par l'adoption de politiques d'égalité d'accès à l'emploi, l'embauche de personnel issu de minorités ethniques. (Chapitre 8, page 75)

19. Santé et Bien-être social Canada et le Secrétariat d'État encouragent les comités d'admission des programmes de formation en services sociaux, en soins de la santé et de santé mentale à reconnaître comme un atout la maîtrise d'une langue non officielle et l'intention de travailler avec une clientèle qui parle cette langue. (Chapitre 8, page 74)

20. Santé et Bien-être social Canada encourage les services provinciaux de soins de santé mentale à embaucher des spécialistes de la santé mentale pour les organismes importants de services aux immigrants. (Chapitre 5, page 55)

21. Santé et Bien-être social Canada, en collaboration avec les ministères provinciaux de la santé et les organismes de services aux immigrants, élabore un programme de formation d'interprètes pour les services de soins de santé mentale. Les organismes de services aux immigrants et les ministères provinciaux de la santé devraient recevoir ce programme pour pouvoir l'utiliser dans le cadre des cours financés par Santé et Bien-être social Canada. (Chapitre 5, page 55)

22. Santé et Bien-être social Canada soutienne la recherche et les initiatives visant la promotion de la santé afin de bien identifier les conséquences psychologiques de la torture et d'élaborer des méthodes de traitement efficaces pour les rescapés de la torture et leurs familles. (Chapitre 12, page 100)

23. Santé et Bien-être social Canada encourage les services provinciaux de la santé mentale à accorder une attention spéciale au financement d'installations pour la réadaptation et l'intégration des groupes ethniques particuliers. (Chapitre 5, page 55)

En recommandant de prendre ces mesures, le Groupe de travail insiste sur le fait que la rentabilité de chacune de ces mesures dépend en grande partie des connaissances et de l'expérience sur lesquelles elles seront basées.

Nous avons, tout au cours de ce rapport, souligné la nécessité de conduire des recherches empiriques précises. Des recherches détaillées doivent être menées avant que des décisions soient prises pour changer des politiques concernant, par exemple, les critères applicables à la réunification des familles ou les lignes directrices relatives à la certification professionnelle. Pour que des programmes de formation efficaces soient élaborés, qu'ils soient destinés au public de souche canadienne ou aux immigrants ayant des antécédents culturels variés, ils doivent être étayés par des études faisant le point sur les attitudes, les croyances et les besoins actuels.

Par-dessus tout, la mise en place de services préventifs et thérapeutiques tels que les groupes de soutien aux aînés ou les services de réadaptation dans le domaine de la santé mentale doit refléter une compréhension d'ensemble des besoins, des points forts et perspectives culturelles des individus concernés.

La mise en oeuvre des politiques, programmes et services recommandés dépend aussi de la réalisation et de l'évaluation dûment contrôlées de projets pilotes. Si une institution d'études supérieures donne une certaine priorité au contenu transculturel de cours destinés à des étudiants appelés à travailler avec des minorités ethniques, on devrait mesurer l'efficacité des méthodes adoptées. Un programme conçu pour former des interprètes paraprofessionnels appelés à travailler avec des praticiens de la santé mentale devrait être mis en oeuvre sur une base expérimentale et son efficacité devrait être évaluée. Les services de traitement pour les personnes atteintes de stress aigu, et leurs familles, doivent être testés et évalués avant d'être appliqués à grande échelle.

Pour maximiser les avantages de la recherche et des évaluations, leurs résultats devraient être mis à la disposition des individus, et des organisations tant communautaires que gouvernementaux susceptibles de les utiliser. À l'heure actuelle, les résultats des recherches portant sur les immigrants sont diffusés le plus souvent, soit dans des journaux de médecine auxquels peu de spécialistes des services aux immigrants s'abonnent, soit dans des publications à caractère culturel que ne consultent que les

praticiens «convertis» de la santé mentale. Les résultats des évaluations des politiques et des programmes visant les immigrants ne sont étudiés que par les planificateurs de programmes et les commanditaires. Ces situations doivent changer pour que les évaluations et les recherches soient vraiment rentables.

Étant donné la nécessité d'effectuer des recherches empiriques, des expériences contrôlées et de disséminer de façon coordonnée les résultats, le Groupe de travail recommande l'adoption d'une stratégie en quatre étapes pour assurer le succès de la mise en oeuvre de ces recommandations. Cette stratégie est résumée dans quatre recommandations supplémentaires.

24. Que la CEIC, Santé et Bien-être social Canada et le Secrétariat d'État établissent, à travers le Canada, trois centres d'excellence consacrés aux recherches sur les questions touchant la santé mentale des migrants. Ces centres auraient pour fonction de concevoir et de réaliser des études empiriques sur des sujets comme les effets des attitudes négatives sur la santé mentale; la santé mentale des enfants et des femmes d'immigrants, ainsi que des personnes âgées et des personnes ayant vécu le stress de situations catastrophiques; l'incidence des facteurs culturels sur l'évaluation, le traitement et la réadaptation des malades mentaux.

De plus, ces centres participeraient à l'évaluation de nouveaux modèles de soins. Chaque centre devrait recevoir un financement assuré pour un noyau de personnel interdisciplinaire d'au moins cinq membres, quatre bourses de recherche ainsi que deux bourses d'études pré-doctorales. Des immigrants, des réfugiés et des membres des groupes ethniques les plus récemment installés au Canada devraient être recrutés pour occuper une proportion significative du nombre des places d'employés et de stagiaires.

On devrait financer des projets pilotes de recherche. Pour la recherche à grande échelle, les centres devraient soumettre leurs demandes de financement par les voies régulières.

25. Que la CEIC, Santé et Bien-être social Canada et le Secrétariat d'État établissent à travers le Canada au moins trois centres d'excellence pour la formation interculturelle. En plus de former des étudiants et des praticiens dans le domaine des services sociaux et de la santé, ces centres devraient former les personnes devant à leur tour éduquer ceux qui sont en contact avec les immigrants : conseillers à l'emploi, professeurs de langue seconde, avocats. Les centres devraient aussi effectuer des sondages périodiques pour déterminer comment la sensibilisation aux problèmes culturels est introduite dans les programmes de formation en soins de la santé mentale au Canada et comment ceux-ci déterminent les qualifications requises pour obtenir un permis de pratiquer.

Le financement devrait permettre à ces centres d'offrir des bourses d'études pour la formation d'individus appartenant à diverses disciplines et occupations, d'immigrants, de réfugiés et de membres des groupes ethniques les plus récents au Canada. Le financement de lancement devrait aussi être prévu pour que ces centres soient capables d'élaborer des projets pilotes visant à tester des modèles innovateurs de services et de nouveaux projets de recherches et de démonstration. Pour les études à plus long terme, les centres devraient soumettre leurs demandes de financement par les voies régulières.

26. Que la CEIC, Santé et Bien-être social Canada et le Secrétariat d'État établissent un centre unique de renseignements informatisés pour recueillir, coordonner et disséminer les résultats de recherches et d'évaluations, ainsi que les descriptions de programmes de services et de formation destinés aux migrants et aux membres des minorités ethniques du Canada. L'information devrait être recueillie et mise à la disposition de ministères, d'associations professionnelles, d'organismes communautaires à vocation générale et d'organismes de services aux immigrants, d'établissements d'enseignement et d'organisations ethniques. Idéalement, le financement devrait non seulement contribuer à faire connaître les sources précises d'information, mais aussi veiller à la dissémination de résumés officiels de résultats de recherches.

27. Que Santé et Bien-être social Canada et le Secrétariat d'État créent un comité consultatif national chargé de les conseiller sur la mise en œuvre des recommandations du Groupe de travail, et de la surveiller.

On exhorte constamment le gouvernement, les spécialistes des services, les planificateurs et les chercheurs à rendre les programmes préventifs et les services thérapeutiques plus sensibles et appropriés aux différences culturelles. Bien que l'information requise pour l'élaboration de programmes existe, il reste à combler de grandes lacunes dans les domaines pratique et théorique. D'ici à ce que ces lacunes soient comblées, la meilleure volonté du monde ne suffira pas à répondre aux problèmes soumis au Groupe de travail. Comme le disait le directeur des services aux patients externes de l'hôpital Camp-Hill, de Halifax :

> *«Cela me laisse avec l'impression, difficile à expliquer, que dans la région le problème est plus important qu'on ne se l'imagine. Toutefois, à ce stade, je ne vois guère comment adapter les services actuels aux problèmes qui nous préoccupent.» (Mémoire : Teehan)*

Les lacunes des connaissances pourraient être comblées et les nouvelles connaissances utilisées dans le cadre des services et des programmes de formation si l'on arrivait à coordonner des efforts, ce qui permettrait que les résultats de recherches des centres de recherches débouchent sur des programmes modèles, pouvant être testés dans les centres de services et de formation et leurs résultats diffusés dans les centres d'information.

La mise en oeuvre des recommandations du Groupe de travail servira notre objectif national à long terme de promouvoir la santé pour tous. Il est également important de noter que les recommandations et les inquiétudes qui les ont suscitées poseront un défi à notre volonté nationale. En tout juste moins d'un demi-siècle, le Canada, cette nation dont l'indifférence à la souffrance d'autrui a marqué son histoire d'un empreinte permanente (Malarck 1988 : Abella et Troper 1982) est devenu une nation universellement admirée pour son attitude humanitaire. Mais si nos portes s'ouvrent maintenant plus facilement que dans le passé, l'accueil que nous ménageons aux nouveaux arrivants n'est pas encore au point.

L'anthropologue et philosophe Margaret Mead de regrettée mémoire disait que l'on pouvait juger de la qualité d'une société sur la façon dont elle traite ses membres les plus vulnérables. Les gens troublés par des problèmes mentaux, qui ont l'impression de ne savoir où se tourner pour chercher du secours, sont des gens vulnérables. Notre réponse à leurs besoins permettra de juger de notre compassion en tant que nation.

Annexe un

Glossaire

Approche :

Programmes destinés à sensibiliser davantage le public en général ou un groupe particulier aux installations et aux services offerts par une organisation, ou visant à renforcer leur participation.

Assimilation :

Clairement distincte de l'intégration. Processus qui élimine les caractéristiques distinctives d'un groupe et qui peut être encouragé par des politiques officielles (p.e. «le creuset américain»).

Attitude :

Un ensemble d'évaluations (positives ou négatives) portant sur les membres d'une catégorie sociale. Ces évaluations prédisposent à être favorable ou défavorable aux membres de ces catégories et peuvent susciter des comportements.

Classe familiale :

L'une des trois classes d'immigrants admissible en vertu du *Décret sur l'immigration* de 1976, comprend la famille proche d'un parrain résidant au Canada. Comprend le conjoint du parrain, les enfants célibataires âgés de moins de 21 ans, les parents et les grand-parents.

Discrimination :

Un acte pour ou contre un membre d'une catégorie sociale. Ces actes discriminatoires peuvent être ou ne pas être la conséquence d'une attitude ou d'un préjugé. Les actes doivent toujours être jugés à la lumière de certains critères extérieurs (tels que les actes dirigés contre d'autres catégories sociales) pour qu'on puisse conclure à l'existence de la discrimination.

Ethnospécifique :

Qui appartient à un groupe ethnique isolé.

Ghettoïsation :

Isolement des membres d'un groupe ethnique dans leur communauté ethnospécifique.

Groupe ethnique :

Un groupe social partagent un patrimoine culturel qui entretient des traditions culturelles distinctes (linguistiques, religieuses, etc) tout en vivant dans un contexte social (généralement multiculturel) plus vaste. Les groupes ethniques sont d'habitude caractérisés par un sens de l'identité collective, ils habitent et se marient entre eux. En principe, tous les résidents du Canada sont membres d'un ou plusieurs groupes ethniques.

Groupe fondateur :

Terme qui constitue un défi à l'image multiculturelle de la société canadienne où toutes les cultures ont un statut égal et où aucune n'a plus de pouvoir que les autres. Remplacé dans ce rapport par «l'ensemble de la communauté».

Groupe minoritaire :

Tout groupe ayant peu d'influence sur la société à cause de son origine ethnique, raciale, de l'étendue de sa population, de son patrimoine financier, son sexe, d'un handicap intellectuel ou d'autres facteurs. Les groupes raciaux et ethniques peuvent être ou ne pas être minoritaires, selon leur influence sur la société.

Groupe racial :

Groupe partageant un patrimoine biologique, qui les distingue habituellement physiquement des autres groupes les entourant. Si ce groupe partage un sentiment d'appartenance et un sens de l'identité, il n'est qu'une catégorie créée sur la base de caractéristiques physiques superficielles.

Immigrant :

Personne cherchant l'autorisation officielle de venir installer sa résidence officielle au Canada.

Intégration :

Processus, clairement distinct de l'assimilation, par lequel des groupes ou des individus deviennent aptes à participer pleinement à la vie politique, économique, social et culturelle du pays.

Langues officielles :

Au Canada, l'anglais et le français partagent le statut de langues officielles au niveau national. Dans les provinces et les territoires, une seule de ces deux langues a un statut officiel, sauf pour le Nouveau-Brunswick où les deux langues ont chacune un statut officiel.

Marginalisation :

Processus par lequel les gens qui ne peuvent parler la langue du groupe culturel majoritaire ou ne peuvent trouver un emploi, se résignent à être isolées des sources habituelles de soutien social et ne participent pas pleinement à la vie de la société.

Migrant :

Dans ce rapport, nous utilisons les termes «migrant» et «immigrant» pour désigner des personnes appartenant à toutes ces catégories, c'est-à-dire catégorie de la famille, réfugiés au sens de la Convention, catégorie désignée et immigrants indépendants. Cependant, ces termes n'incluent pas les temporaires, que ne couvre pas le mandat du Groupe de travail.

Multiculturalisme :

L'idéologie officielle du pluralisme culturel, où toutes les cultures ont un statut et une valeur égale dans la société canadienne, et où aucune n'a plus de pouvoir qu'une autre. Les politiques du multiculturalisme favorise l'intégration, et non l'assimilation, des groupes minoritaires au sein de la société.

Multiculturel :

Qualifie les institutions qui servent l'ensemble de la société. Dans certains cas, il existe des institutions propres à une ethnie qui présentent une solution intermédiaire entre les institutions multi-culturelles et celles qui visent l'ensemble de la société.

Patrimoine culturel :

Le développement intellectuel d'un groupe ethnique au Canada.

Patrimoine linguistique :

Une langue, autre que les langues officielles, associée à un groupe ethnique du Canada.

Préjugé :

Attitude ou mentalité qui préjuge (généralement de façon défavorable), en attribuant à une personne les caractéristiques qui sont attribuées au groupe dont il est membre. Les principaux préjugés sont : l'ethnocentrisme — envers les membres de groupes ethniques ou culturels, habituellement pas celui de la personne qui préjuge; le racisme — envers les membres d'un groupe racial, habituellement pas celui de la personne qui préjuge. Le sexisme, le régionalisme, le fanatisme, «l'âgeisme» et «classisme» correspondent, de la même façon, à la

discrimination par genre, région, religion, âge et classe sociale.

Prétendant au statut de réfugié :

Personne qui arrive en sol canadien et réclame le statut de réfugié en vertu des dispositions de la Convention de Genève.

Programmes d'accueil :

Programmes destinés à aider les immigrants nouvellement arrivés à s'intégrer dans la société. En règle générale, ces services comprennent la formation linguistique, l'orientation, le logement et les consultations.

Racisme :

VOIR Préjugé

Réfugié :

VOIR Les réfugiés au titre de la Convention

Les réfugiés au titre de la Convention :

L'une des trois classes d'immigrants admissibles en vertu du *Décret sur l'immigration* de 1976. Comprend toute personne correspondant à la définition des Nations unies : «toute personne qui, pour des raisons bien fondées craint la persécution à cause de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de sa participation à des groupes d'opinions sociales ou politiques, (a) est à l'extérieur du pays de sa nationalité et est incapable ou, à cause de cette crainte, n'est pas disposé à se mettre sous la protection de ce pays ou, (b) n'a pas de pays de nationalité, est en dehors du pays de sa résidence habituelle antérieure et ne peut, ou à cause de cette crainte, ne veut retourner dans ce pays.»

Santé mentale :

Santé mentale et troubles mentaux.

Société plus large :

Les institutions sociales, politiques, économiques et d'enseignement partagées par la population générale et qui déterminent le contexte dans lequel vivent les groupes ethniques, raciaux et minoritaires.

Sous-emploi :

Travail qui ne fait pas pleinement appel aux compétences d'une personne, spécialement lorsque le travail ne correspond à la formation technique ou scientifique que cette personne avait reçue.

Stéréotype :

Croyances nourries par des individus à propos des caractéristiques physiques et psychologiques attribuées arbitrairement aux membres d'une catégorie sociale. Ces croyances peuvent être positives ou négatives. Quand elles sont appliquées au point où les différences individuelles ne sont pas reconnues, ou même déterminées, la qualité des relations humaines en est altérée.

Stress :

Résultat d'une situation ou d'une expérience aboutissant à entraver le jeu des moyens d'adaptation ordinaires de l'individu et entraînant une réaction physique ou psychologique, ou les deux.

Système de soins de santé mentale :

Soins offerts de façon officielle par les hôpitaux, cliniques, praticiens privés ainsi que les services offerts de façon officieuse par les bureaux de médecins, les écoles, les cours de langue seconde, les organismes de services aux immigrants, etc.

Annexe deux

Mémoires

ACCESS Committee of Ottawa-Carleton
Ottawa (Ontario)

Alberta Association of Immigrant Serving Agencies (A.A.I.S.A.)
Edmonton (Alberta)

Services d'établissement des immigrants de l'Alberta, ministère du Perfectionnement professionnel et de l'Emploi
Edmonton (Alberta)

Services d'hygiène mentale de l'Alberta — Région d'Edmonton, ministère de la Santé communautaire et de la Santé au travail
Edmonton (Alberta)

Alberta/NWT Network of Immigrant Women
Calgary (Alberta)

AMALC (Association médicale pour l'Amérique latine et les Caraïbes)
Verdun (Québec)

Association for New Canadians
St. John's (Terre-Neuve)

Association of Neighbourhood Houses of Greater Vancouver
Vancouver (C.-B.)

British Columbia Association of Social Workers, Multicultural Concerns Committee
Vancouver (C.-B.)

Calgary Catholic Immigration Society
Calgary (Alberta)

Calgary Immigrant Aid Society
Calgary (Alberta)

Canadian-African Newcomer Aid Centre of Toronto (CANACT)
Toronto (Ontario)

Capital Mental Health Association
Victoria (C.-B.)

Catholic Immigration Bureau, Archdiocese of Toronto
Toronto (Ontario)

Centre catholique pour immigrants
Ottawa (Ontario)

Catholic Social Services, Immigration and Settlement Service
Edmonton (Alberta)

Centre for Research and Education in Human Services and Kitchener-Waterloo Refugee Co-ordinating Committee
Kitchener (Ontario)

Centre maghrébin de recherche et d'information (CMRI)
Montréal (Québec)

Centre portugais de référence et promotion sociale
Montréal (Québec)

Changing Together — A Centre for Immigrant Women
Edmonton (Alberta)

Clarke Institute of Psychiatry, Social and Community Psychiatry
Toronto (Ontario)

CLSC Côte-des-Neiges
Montréal (Québec)

Coalition for Immigrant Women in Nova Scotia, (CIWINS)
Halifax (Nouvelle-Écosse)

Comité Inter-Églises pour les réfugiés/Inter-Church Committee for Refugees
Toronto (Ontario)

Community Resources Consultants of Toronto
Toronto (Ontario)

Conseil scolaire de Toronto
Toronto (Ontario)

Conseil multiculturel du Nouveau-Brunswick
Fredericton (Nouveau-Brunswick)

COSTI-IIAS Immigrant Services, Family Counselling Centre
Toronto (Ontario)

Département de la santé publique de Toronto
Toronto (Ontario)

Département de psychologie de l'orientation, Université de la Colombie-Britannique
Vancouver (C.-B.)

Direction générale des services de santé et d'hygiène mentale de la Saskatchewan
Regina (Saskatchewan)

Edmonton Board of Health
Edmonton (Alberta)

Edmonton Immigrant Services Association
Edmonton (Alberta)

Eritrean Community in Winnipeg, Inc.
Winnipeg (Manitoba)

ESL Reception and Assessment Centre, Edmonton Public Schools
Edmonton (Alberta)

Family Service Association of Metropolitan Toronto
Toronto (Ontario)

Greater Vancouver Mental Health Service Society
Vancouver (C.-B.)

Guelph and District Multicultural Centre, Inc.
Guelph (Ontario)

Guzder, Jaswant
Montréal (Québec)

Hanifa, Subaida V.
Waterloo (Ontario)

Harambee Centres Canada, section de Toronto
Toronto (Ontario)

Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés
Ottawa (Ontario)

Herberg, Dorothy C. et Edward N. Herberg
Toronto (Ontario)

Hispanic Council of Metropolitan Toronto
Toronto (Ontario)

Hong Fook Mental Health Association
Toronto (Ontario)

Hrycak, Nina
Calgary (Alberta)

Immigrant Women's Association of Manitoba, Inc.
Winnipeg (Manitoba)

Immigrant Women's Group of P.E.I.
Charlottetown (Î.-P.-É.)

Inland Refugee Society of British Columbia
Vancouver (C.-B.)

Inter-Cultural Association of Greater Victoria
Victoria (C.-B.)

Intercultural Task Force
Halifax (Nouvelle-Écosse)

Jamaican-Canadian Association
Toronto (Ontario)

Japanese Community Volunteers' Association
Vancouver (C.-B.)

Kingston and District Immigrant Services
Kingston (Ontario)

Kristl, Jiri
Port Coquitlam (C.-B.)

Kurol, Vilma
Saint-John (N.-B.)

Legal Assistance of Windsor
Windsor (Ontario)

Lo, Hung-Tat
Toronto (Ontario)

London Cross Cultural Learner Centre, Immigrant Senior Project
London (Ontario)

Maison d'accueil de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Medicine Hat Society for Immigrant Settlement
Medicine Hat (Alberta)

Mensah, Lynette
Halifax (Nouvelle-Écosse)

Metro Toronto Multicultural Mental Health Group, Toronto Department of Public Health, Northern Health Area
Toronto (Ontario)

Metropolitan Immigrant Settlement Association
Halifax (Nouvelle-Écosse)

Montgomery, Randal
Vancouver (British Columbia)

M.O.S.A.I.C.
Vancouver (Colombie Britannique)

Multicultural Health Coalition
Downsview (Ontario)

National Association of Canadians of Origins in India (NACOI), Chapitre de Montréal
Montréal (Québec)

Nova Scotia Hospital
Dartmouth (Nouvelle-Écosse)

O.A.S.I.S. (Orientation Adjustment Services for Immigrants Society)
Vancouver (C.-B.)

Pacific Immigrant Resources Society, Preschool Multicultural Services and Vancouver Health Department
Vancouver (C.-B.)

Parkdale Community Legal Services Inc.
Toronto (Ontario)

Portuguese Interagency Network (P.I.N.)
Toronto (Ontario)

Preschool Multicultural Services, Vancouver Health Department and Pacific Immigrant Resources Society
Vancouver (C.-B.)

S.E.A.R.C.O.M. (South East Asian Refugee Community Organization of Manitoba, Inc.)
Winnipeg (Manitoba)

S.U.C.C.E.S.S. (The United Chinese Community Enrichment Services Society)
Vancouver (C.-B.)

Saskatoon Open Door Society
Saskatoon (Saskatchewan)

Sauvé, Virginia
Edmonton (Alberta)

Services d'aide et d'orientation pour les étudiants, Université Mount Saint Vincent
Halifax (Nouvelle-Écosse)

South East Asian Service (S.E.A.S.) Centre
Toronto (Ontario)

St. Barnabas Refugee Society
Edmonton (Alberta)

Surrey Delta Immigrant Services Society
Surrey (C.-B.)

Surrey School District 36
Surrey (C.-B.)

Sztopa, Emil
Vancouver (C.-B.)

Table de concertation des organismes de Montréal au service des réfugiés
Montréal (Québec)

Teehan, M.D.
Halifax (Nouvelle-Écosse)

Terre-Neuve et Labrador, Ministère des services sociaux
St. John's (Terre-Neuve)

Thompson, Pamela R.
Ottawa (Ontario)

Ujimoto, K. Victor
Guelph (Ontario)

United Church of Canada, British Columbia Conference, Division of Global Concerns
Vancouver (C.-B.)

Université de Toronto, département de psychiatrie, division de psychiatrie infantile et juvénile
Toronto (Ontario)

Vancouver Health Department, East Office
Vancouver (C.-B.)

Vancouver Health Department, Pacific Immigrant Resources Society and Preschool Multicultural Services
Vancouver (C.-B.)

Vancouver Health Department, South Office
Vancouver (C.-B.)

Woodgreen Red Door Family Shelter, Refugee Referral Office and Refugee Housing Unit
Toronto (Ontario)

Working Women Community Centre
Toronto (Ontario)

Annexe trois

Témoignages verbaux

Audiences publiques de Vancouver
Les 10 et 11 avril 1987

Alberta Association of Immigrant Serving Agencies (A.A.I.S.A.)
Edmonton (Alberta)

Association of Neighbourhood Houses of Greater Vancouver
Vancouver (C.-B.)

Calgary Catholic Immigration Society
Calgary (Alberta)

Département de psychologie de l'orientation, Université de la Colombie-Britannique
Vancouver (C.-B.)

E.S.L. Reception and Assessment Centre, Edmonton Public Schools
Edmonton (Alberta)

Edmonton Board of Health
Edmonton (Alberta)

Eritrean Community in Winnipeg, Inc.
Winnipeg (Manitoba)

Intercultural Association of Greater Victoria
Victoria (C.-B.)

Japanese Community Volunteers Association (Tonari Gumi)
Vancouver (C.-B.)

M.O.S.A.I.C. (Multilingual Orientation Service Association for Immigrant Communities)
Vancouver (C.-B.)

O.A.S.I.S. (Orientation Adjustment Services for Immigrants Society)
Vancouver (C.-B.)

Pacific Immigrant Resources Society (P.I.R.S.); Vancouver Health Department South Office; et Preschool Multicultural Services
Vancouver (C.-B.)

Preschool Multicultural Services; Pacific Immigrant Resources Society (P.I.R.S.); et Vancouver Health Department, South Office
Vancouver (C.-B.)

S.E.A.R.C.O.M. (Southeast Asian Refugee Community Organization of Manitoba, Inc.)
Winnipeg (Manitoba)

S.U.C.C.E.S.S. (United Chinese Community Enrichment Services Society)
Vancouver (C.-B.)

St. Barnabas Refugee Society
Edmonton (Alberta)

Salvadorean Canadian Cultural Centre
Winnipeg (Manitoba)

Sauve, Virginia
Edmonton (Alberta)

Vancouver Health Department, South Office; Preschool Multicultural Services; et Pacific Immigrant Resources Society (P.I.R.S.)
Vancouver (C.-B.)

Vancouver Society on Immigrant Women
Vancouver (C.-B.)

Audiences publiques de Toronto
Les 6 et 7 mai 1987

C.O.S.T.I. - I.I.A.S. Immigrant Services, Family Counselling Centre
Toronto (Ontario)

Canadian African Newcomer Aid Centre of Toronto (C.A.N.A.C.T.)
Toronto (Ontario)

Catholic Immigration Bureau
Toronto (Ontario)

Centre for Research and Education in Human Services; et Kitchener-Waterloo Refugee Co-ordinating Committee
Kitchener (Ontario)

Herberg, Dorothy; et Edward Herberg
Mississauga (Ontario)

Hispanic Social Development Council of Metropolitan Toronto
Toronto (Ontario)

Hong Fook Mental Health Association
Toronto (Ontario)

Intercede
Toronto (Ontario)

Comité inter-églises pour les réfugiés
Toronto (Ontario)

London Cross Cultural Learner Centre, Immigrant Senior Project
London (Ontario)

Groupe multiculturel de l'hygiène mentale du Grand Toronto, Département de la santé publique, district sanitaire nord
Toronto (Ontario)

Multicultural Health Coalition
Downsview (Ontario)

New Experiences for Refugee Women
Toronto (Ontario)

Ontario Welcome House
Toronto (Ontario)

Parkdale Community Legal Services Inc.
Toronto (Ontario)

Portuguese Interagency Network
Toronto (Ontario)

Conseil de planification sociale du Grand Toronto
Toronto (Ontario)

Ujimoto, K. Victor
Guelph (Ontario)

Working Women Community Centre
Toronto (Ontario)

Woodgreen Red Door Family Shelter, Refugee Referral Office and Refugee Housing Unit
Toronto (Ontario)

Audiences publiques de Montréal
Les 8 et 9 mai 1987

Association for New Canadians
St. John's (Terre-Neuve)

Association médicale pour l'Amérique latine et les Caraïbes (AMALC)
Verdun (Québec)

Association nationale des Canadiennes d'origine indienne, section de Montréal/National Association of Canadians of Origins in India
Montréal (Québec)

CLSC Côte-des-Neiges
Montréal (Québec)

Catholic Immigration Centre/Centre catholique pour immigrants
Ottawa (Ontario)

Centre maghrébin de recherche et d'information (CMRI)
Montréal (Québec)

Centre portugais de référence et promotion sociale
Montréal (Québec)

Conseil multiculturel de Nouveau-Brunswick/New Brunswick Multicultural Council
Fredericton (Nouveau-Brunswick)

Guzder, Jaswant
Montréal (Québec)

Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (H.C.R.), délégation pour le Canada
Ottawa (Ontario)

Immigrant Women's Group of P.E.I.
Charlottetown (Î.-P.-É.)

Intercultural Task Force
Halifax (Nouvelle-Écosse)

Mensah, Lynette
Halifax (Nouvelle-Écosse)

Metropolitan Immigrant Settlement Association
Halifax (Nouvelle-Écosse)

Service des interprètes auprès des réfugiés indochinois (SIARI); et Table de concertation, des organismes de Montréal au service des réfugiés-ées
Montréal (Québec)

Table de concertation des organismes de Montréal au service des réfugiés-ées; et Service des interprètes auprès des réfugiés indochinois (SIARI).
Montréal (Québec)

Annexe quatre

Autres sources consultées

Adelman, M. Howard
Toronto (Ontario)

Alberta. Ministère du Perfectionnement professionnel et de l'Emploi

Alberta. Ministère des Hôpitaux et des soins médicaux

Alberta. Ministère de la Santé communautaire et de la Santé au travail

Allodi, Dr Frederico A.
Toronto (Ontario)

AMSSA (Affiliation of Multicultural Societies & Service Agencies of B.C.)
Vancouver (C.-B.)

Association canadienne pour la santé mentale. Section de la C.-B.
Vancouver (C.-B.)

Association multi-ethnique pour l'intégration des personnes handicapées du Québec
Montréal (Québec)

Atket, M. Ronald G., C.P., C.R.
Toronto (Ontario)

Canadian Centre for the Rehabilitation of Victims of Torture
Toronto (Ontario)

CLSC Côte-des-Neiges
Montréal (Québec)

Colombie-Britannique. Services de psychiatrie légale. Ministère de la Santé
Burnaby (C.-B.)

Conseil multiculturel de l'Île-du-Prince-Édouard
Charlottetown (Î.-P.-É.)

Dartmouth Immigrant Orientation Association
Dartmouth (Nouvelle-Écosse)

Disman, Dr Milada
Toronto (Ontario)

Études sociales et pédagogiques. Faculté d'éducation. Université de la Colombie-Britannique
Vancouver (C.-B.)

Immigrant Access Services
Winnipeg (Manitoba)

Kumar-Misir, Dr Victor
Scarborough (Ontario)

Lomas, M. Peter
Vancouver (C.-B.)

Lovink, M. Tony
Ottawa (Ontario)

Malarek, M. Victor
Toronto (Ontario)

Mangalam, M. J. J.
Halifax (Nouvelle-Écosse)

Manitoba. Ministère des Services communautaires

Manitoba. Ministère des Services de l'emploi et de la Sécurité économique

Manitoba. Ministère de la Santé

Nouveau-Brunswick. Ministère de la Santé et des Services communautaires

Nouveau-Brunswick. Ministère de l'Aide au revenu

Ontario. Ministère de la Santé

Ontario. Ministère des Affaires civiques et culturelles

Ontario. Ministère des Services sociaux et communautaires

Ontario. Ministère du Procureur général

Psychologists Association of Alberta
Edmonton (Alberta)

Québec. Direction des communautés culturelles et de l'immigration

Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux

Saskatchewan. Ministère de la Santé

S.I.A.R.I. (Service des interprètes auprès des réfugiés indochinois)
Montréal (Québec)

Société d'aide à l'enfance du Grand Toronto
Toronto (Ontario)

Standing Conference of Canadian Organizations Concerned for Refugees

Survivors International Canada
Toronto (Ontario)

Toronto Office Skills Training Project
Toronto (Ontario)

Tuzi, Mme Marisa
Vancouver (C.-B.)

Vancouver Association for the Survivors of Torture
Vancouver (C.-B.)

Vancouver Refugee Council
Vancouver (C.-B.)

Annexe cinq

Ouvrages cités

Abella, Irving and Harold Troper. **None is Too Many: Canada and the Jews of Europe, 1933-1948.** Toronto: Lester & Orpen Dennys, 1982, xiii, 336 p.

Agard, R. **Access to the Social Assistance Delivery Systems by Various Ethnocultural Groups.** n.p.: Social Assistance Review, 1987.

Balaran, Paul. **Refugees and Migrants: Problems and Program Responses: A Look at the Causes and Consequences of Today's Major International Population Flows, and at the Ford Foundation's New Programs to Address the Problems of Refugees and Migrants in the United States and Elsewhere in the World.** New York: Ford Foundations, 1983, 64 p.

Beiser, M., P.J. Johnson and R.C. Nann, ed. **Refugee Resettlement Project,** Vancouver, The Refugee Resettlement Project, University of British Columbia, 1984.

Beiser, M., R.J. Turner and S. Ganesan. **Catastrophic Stress and Factors Affecting Its Consequences Among Southeast Asian Refugees.**

Bernstein, B. "A Critique of the Concept Compensatory Education". In **Functions of Language in the Classroom.** Ed. by C.B. Cazden, V. John and D. Hymes. New York: Teachers College Press, 1972.

Berry, John W., et al. **Attitudes à l'égard du multiculturalisme et des groupes ethniques au Canada.** Ottawa : Approvisionnement et services Canada, 1977, 359 p.
Publié aussi en anglais sous le titre : **Multiculturalism and Ethnic Attitudes in Canada.**

Canada. **The Constitution Act, 1982/La Loi constitutionnelle de 1982.** Ottawa: Queen's Printer/Imprimeur de la Reine, c1982, 23 p.

Canada. Immigration Act, 1976/Loi de 1976 sur l'immigration. Ottawa: Queen's Printer/Imprimeur de la reine, 1985. 1 v.

Canada. Min. de la Justice. **Toward Equality: The Response to the Report of the Parliamentary Committee on Equality Rights/Cap sur l'égalité : réponse au rapport du Comité parlementaire sur les droits à l'égalité.** Ottawa : Communications and Public Affairs, Dept. of Justice/Communications et affaires publiques, ministère de la Justice, c1986, 69, 69 p.

Canada. Employment and Immigration Canada (Dept.). **Battered Immigrants and Immigration Status.** Ottawa: 1986.

Canada. Parliament. House of Commons. Special Committee on Participation of Visible Minorities in Canadian Society. **Equality Now: Report of the Special Committee on Participation of Visible Minorities in Canadian Society.** Ottawa: 1984, ix, 166p.

Canada. Royal Commission on Equality in Employment. **Report of the Commission on Equality in Employment.** Rosalie Silberman Abella. Ottawa: Supply and Services Canada, 1984, viii, 393 p.

Canadian Task Force on Mental Health Issues Affecting Immigrants and Refugees. **Review of the Literature on Migrant Mental Health.** Vancouver: 1986.

Commission canadienne des droits de la personne. **Rapport annuel/Annual Report.** Ottawa : 1986, 33, 33p.

Council of Interracial Books for Children. "Childcare Shapes the Future: Racism: Related Problems, Research and Strategies." In **Interracial Books for Children Bulletin.** V.14, no. 7–8, 1983, p. 6–14.

Disman, M. **Aging and Ethnicity in Ontario.** Toronto: n.p., 1986.

Doyle, Robert. **Access to Health and Social Services for Members of Diverse Cultural and Racial Groups in Metropolitan Toronto.** Toronto: Social Planning Council of Metropolitan Toronto, 1987, 3v.

Epp, Jake. **La Santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé.** Ottawa : Santé et Bien-être social Canada, c1986, 13p.
Publié aussi en anglais sous le titre : **Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion.**

Kitchener-Waterloo Council of Churches. **Bridging the Gap: Beyond Refugees' Material Needs.** Kitchener, Ont.: 1988.

Kurien, J. "Indo-Canadian: Our Modus Operandi and Our Institutions." In **Newsletter** (National Association of Canadians of Origins in India, Montreal Chapter). v.7, no. 1, 1987.

Loi sur le multiculturalisme. n.p. : n.p., 1987.

Malarek, Victor. **Haven's Gate: Canada's Immigration Fiasco.** Toronto: Macmillan of Canada, c1987, 262p.

Moffic, H.S., et al. "Education in Cultural Psychiatry in the United State." In **Transcultural Psychiatric Research Review and Bulletin.** v.24, no. 3, 1987, p. 167–187.

Naipaul, V.S. **A Bend in the River.** New York: Vintage Books, 1980, c1979, 278p.

One Child, Two Culture: A Manual for Facilitating the Integration of Newcomer Children in Educational Settings. Winnipeg: Manitoba Dept. of Employment Services and Economic Security, Immigration and Settlement Branch, 1987, 251p.

Ontario. Cabinet Committee on Race Relations. **Access to Trades and Professions in Ontario: Project Report.** Toronto: 1987, various paging.

Peters, R. **The Interagency Mental Health Council's Committee on Multiculturalism and Mental Health: Progress Update.** Vancouver: Greater Vancouver Mental Service Society, 1988.

Politique de multiculturalisme. n.p. : n.p., 1971.

Roe, Michael. **Multiculturalisme et racisme à l'école: rapport de l'ACE.** Toronto : Association canadienne d'éducation, 1983, 70p.
Publié aussi en anglais sous le titre : **Multiculturalism, Racism, and the Classroom.**

Sabatier, C. **The Mother and Her Infant: Cultural Variations**. n.p. : Département de psychologie, Université du Québec, n.d.

Scarry, Elaine. **The Body in Pain: The Making and Unmaking of the World**. New York: Oxford University Press, 1985, vii, 385p.

Seydegart, Kasia and G. Spears. **Beyond Dialogue: Immigration Women in Canada, 1985–1990**. n.p.: Erin Research, 1985, 114 l.

Sue, Stuntey. "Community Mental Health Services to Minority Groups; Some Optimism, Some Pessimism." **In American Psychologist**. v.32, no. 8 Aug. 1977, p. 616–625.

Task Force on the Child as Citizen. **Admittance Restricted: The Child as Citizen in Canada**. Ottawa: Canadian Council on Children and Youth, 1978, 172, 195p. English, French.

Wiebe, Kathy. **Violence Against Immigrant Women and Children: An Overview for Community Workers**. Vancouver: Wo[illegible]inst Violence Against Women, Rape Crisis C[illegible], [illegible], 59p.